



Inspection générale  
des affaires sociales

Evaluation de la mise en place  
du dispositif « maison des adolescents »  
(MDA)

**RAPPORT**

Établi par

Fadéla AMARA

Pierre NAVES

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Octobre 2013 -  
RM2013-142P



## SYNTHESE

### **Les MDA répondent à des attentes d'adolescents, de jeunes, de leurs parents et de nombreux professionnels en relation avec eux.**

Une MDA est un dispositif qui s'adresse à des jeunes de 11 ans à 25 ans ainsi qu'à leurs proches. Une MDA complète l'offre existante et permet de répondre à de nombreux besoins. En 2013 environ une centaine de MDA existent, mais elles sont réparties inégalement sur le territoire.

Le cadre de référence fondateur des MDA est le cahier des charges de 2005. Les principes et modalités pratiques énoncés dans ce document ont fortement contribué au développement des MDA et créé l'impulsion nécessaire pour construire des partenariats multiples et pluridisciplinaires articulés autour de ce dispositif.

Chaque MDA dispose d'un lieu où les adolescents en mal être viennent « poser leurs maux ». Les professionnels des MDA tiennent à distinguer la souffrance psychique et les troubles psychiques ; ils insistent sur la place des parents dans les réponses à construire pour les jeunes. Une MDA « de taille moyenne » reçoit environ 700 à 1000 jeunes par an (la plupart reviennent, 2 ou 3 fois à la MDA) et environ 150 à 250 parents (souvent plusieurs fois, et d'autant plus si ces parents participent à un « groupe de parole »).

Les « violences contre soi » (dont les addictions) qu'exprime l'adolescent sont entendues et/ou pris en charge. A contrario, les « violences subies » (dont les violences sexuelles dans le cadre de « mariage forcé ») ont été très peu citées par les équipes rencontrées.

Identifiés comme partenaires « historiques » des MDA, l'Education nationale, la PJJ et les Missions locales bénéficient de leurs interventions et, d'autant mieux qu'elles peuvent mettre à disposition de MDA certains de leurs personnels.

- La collaboration Education nationale - MDA est le plus souvent, traduite dans des axes de travail formalisés répondant aux demandes du personnel de la communauté éducative.
- Les éducateurs de la PJJ construisent avec le jeune une perspective d'avenir dans lequel le jeune peut se projeter en fonction de ses possibilités et de ses envies. Les questions de santé (au sens large : dont les addictions, le prendre soin de soi...) y occupent une place souvent primordiale. Pour ces jeunes et les personnels de la PJJ, la MDA est un outil parfaitement bien adapté.
- Pour les Missions Locales, la MDA est un partenaire complétant ses interventions. Elle permet de renforcer le projet de vie du jeune dans son volet « santé et bien être » favorisant ainsi son processus d'insertion sociale et professionnelle.

Les médecins généralistes, souvent en première ligne face à des adolescents en souffrance ou avec leurs parents, peuvent être mal à l'aise avec les problématiques liées à l'adolescence. Les MDA peuvent leur apporter un soutien.

Les professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux font aussi appel aux MDA. Leur capacité à rassembler des expertises pour établir un diagnostic et proposer une prise en charge notamment sur les « situations complexes » rassurent les équipes de ces structures.

Les Points Infos Familles (PIF) et surtout les Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), dispositifs d'accueil généralistes sont aussi des partenaires des MDA. Grâce à un maillage territorial plus important, les PAEJ sont au contact des jeunes de fait « éloignés », en milieu urbain ou en milieu rural ; les professionnels des MDA peuvent intervenir dans le parcours de prise en charge des jeunes les plus en difficulté.

## **L'adaptabilité du cadre de fonctionnement des MDA a servi leur développement**

Les MDA étudiées sont des organisations dont la nature juridique, les financements et l'organisation sont très divers et spécifiques, avec un point commun : leur adaptation au contexte local.

Plusieurs formes juridiques de MDA sont possibles, le GIP apparaît la plus prometteuse car il permet un regroupement pérenne de partenaires, publics et privés, et assure un renforcement et une stabilité des financements.

Les effectifs des MDA étudiées vont de 5 à 18 ETP (soit 9 à 35 intervenants ; la taille des équipes variant avec la taille des départements et l'engagement des partenaires de la MDA) dont des mises à disposition des partenaires (PJJ, éducation nationale...) et des personnels à la vacation qui complètent l'équipe (nutritionniste...) selon le projet de la MDA.

L'ARS apporte les financements les plus stables (156.000€ reconductible cadre ONDAM et 52.000€ accordé, jusqu'en 2012, dans le cadre du FIQS). D'autres sources de financements (parfois non reconductibles) apportées par certaines collectivités territoriales et/ou par des fondations complètent les budgets des MDA.

Le nécessaire développement de l'action des MDA nécessiterait :

- un financement « de base » élargi, pour garantir le cœur de la mission, assuré par l'ARS, le Conseil Général, les communautés de communes, d'agglomération, urbaines (ou les métropoles)
- des financements additionnels pour développer des actions, apportés par ces mêmes financeurs et, selon les projets, d'autres organismes.

Entre 2005 et 2013, la croissance rapide du nombre de MDA s'explique par les crédits « fléchés » du programme d'aide à la création de MDA alliés à la pertinence du cahier des charges et un soutien des administrations centrales (DGCS-DGOS-DGS). Cette conjonction a servi la constitution de dynamiques territoriales et permis de surmonter la difficulté de certains responsables d'institutions à travailler « en réseau » quand ils ont l'habitude d'organisations hiérarchiques. Le rôle des ARS est désormais prépondérant et celles-ci doivent le remplir effectivement.

## **Une efficience objectivée et une efficacité reconnue par tous**

Les rapports d'activité des MDA fournissent des informations détaillées sur les interventions des MDA, notamment auprès des jeunes, de leurs parents et permettent d'apprécier l'activité des membres de l'équipe de chaque MDA (entre 6 et 8 ETP pour une MDA « moyenne »). Les professionnels d'autres institutions sont souvent associés aux interventions des professionnels des MDA ce qui contribue au renforcement de leurs compétences et s'ajoute aux activités de formation et aux conférences organisées par chaque MDA.

Pour ces multiples professionnels au contact des jeunes, une MDA est ainsi un lieu ressource, un lieu d'élaboration et de diffusion d'une « culture commune sur l'adolescence » et de pratiques coordonnées. Chacune des différentes activités d'une MDA atteint plusieurs objectifs en même temps, ce qu'il est plus aisé de comprendre sur le terrain qu'à la lecture des rapports d'activité.

Les problèmes rencontrés par de nombreuses institutions accueillant des jeunes, face à des « situations complexes » ont conduit plusieurs MDA à répondre à la demande d'un autre type de « prestation » fondé sur l'expérience reconnue de leurs équipes pluridisciplinaires et leur capacité d'adaptation. Un recours facile et rapide tranquillise les professionnels de ces établissements et peut faciliter le maintien ou le retour du jeune « en crise », repoussé par certains éducateurs, par crainte de récurrence.

En matière de territorialisation des actions de santé, les MDA s'insèrent parfaitement dans les orientations stratégiques des ARS (PRS, CLS, ASV) par leurs principes et modalités d'action : extension de leur intervention au-delà de la seule santé mentale prise en considération prioritaire des souffrances psychiques pas seulement des troubles psychiques ; mais les MDA sont encore trop peu citées explicitement dans les documents produits par les ARS.

Les MDA servent régulièrement de recours à un moment charnière et leurs interventions permettent de pallier l'engorgement des CMP et contribuent à le limiter.

Les compétences des professionnels des MDA sont utilisées par des équipes éducatives de collèges ou de lycée pour éclairer des situations problématiques et lutter contre l'absentéisme, prévenir et endiguer l'exclusion d'élèves.

Malgré ces constats sur l'efficience et l'efficacité d'une MDA, un scénario alternatif a été étudié : la réalisation des missions d'une MDA par une organisation existante ; mais aucune organisation ne peut se substituer au dispositif MDA. En outre, la comparaison entre les coûts que les interventions d'une MDA permettent d'éviter et les dépenses (relativement faibles) d'une MDA démontre aussi l'efficacité d'une MDA.

### **Une nécessaire nouvelle étape dans le programme de développement des MDA et de leurs actions**

Malgré la dynamique de développement des MDA portée par le programme 2005-2010, beaucoup de jeunes en milieu rural ou habitant les quartiers relevant de la politique de la ville ne bénéficient pas de l'écoute que peut fournir un PAEJ ou une MDA et de l'orientation que peut justifier son état de santé. Par ailleurs il est nécessaire de soutenir les professionnels qui doivent aussi être « à l'aise » avec les adolescents et les jeunes en difficulté.

Aussi, une nouvelle étape dans le programme de création de MDA est indispensable. Une des premières phases sera d'actualiser le cahier des charges ; de soutenir et renforcer la dynamique interministérielle par une circulaire du Premier Ministre.

Cette dynamique nouvelle doit aussi impérativement sanctuariser les crédits dédiés aux PAEJ. Souvent « tête de pont » des MDA, remplissant un rôle complémentaire ou jouant souvent un rôle alternatif à celui d'un accueil par des professionnels d'une MDA. La diminution de presque 50%, entre 2010 et 2012, des crédits de l'Etat attribués aux PAEJ a provoqué la fermeture de nombreux PAEJ ou la réduction drastique de leur activité. La poursuite de cette tendance mettrait en difficulté de nombreuses MDA.

Les ARS jouent un rôle majeur en terme d'exigence et de vigilance sur la construction de parcours de soins en particulier pour les jeunes en souffrance afin d'éviter les « ruptures ». Elles sont donc moteur de cette dynamique et doivent soutenir ce dispositif reconnu et salué par les professionnels œuvrant dans le champ de l'adolescence.

Ce dispositif reconnu et utile mais fragile financièrement aura besoin d'être aussi plus généralement soutenu par les collectivités territoriales en particulier les départements compte tenu de leur compétence en matière de protection de l'enfance.

Ce nouvel élan de développement de MDA doit s'appuyer sur la principale « tête de réseau » des organisations dédiées à l'écoute et la prise en charge des problèmes de santé des jeunes qu'est devenue l'Association Nationale des MDA (ANMDA). Son expérience au service de la santé et du bien être des jeunes ainsi que son expertise au profit des professionnels pour renforcer leurs compétences sera aussi utile pour aider au développement de MDA, afin que les adolescents et jeunes puissent bénéficier des services de l'une d'elle, où qu'ils résident sur le territoire national.



## Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION .....	11
PREMIERE PARTIE : LES MDA REPONDENT A DES ATTENTES DES ADOLESCENTS, DE LEURS PARENTS ET DE NOMBREUX PROFESSIONNELS EN RELATION AVEC EUX.....	13
1. LE CAHIER DES CHARGES DE 2005 EST UN DOCUMENT FONDATEUR POUR LES MDA .....	13
2. LES MDA AU SERVICE DES JEUNES, DE LEURS PARENTS ET DES PROFESSIONNELS EN RELATION DIRECTE AVEC CERTAINS D'ENTRE EUX .....	14
2.1 Adolescence, difficultés des adolescents, souffrance psychique et troubles psychiques.....	15
2.2. Les jeunes et leurs parents.....	16
2.2.1. Toutes les MDA accordent une grande place aux parents .....	16
2.2.2. Les MDA ont fait des choix différents sur la tranche d'âge des jeunes .....	17
2.2.3. Toutes les MDA accordent de l'importance aux jeunes « addicts », mais la question des violences subies reste dans l'ombre .....	18
3. DE TRES NOMBREUX PROFESSIONNELS DES CHAMPS SANITAIRE, SOCIAL ET EDUCATIF SOUTENUS PAR LA MDA .....	20
3.1. Les professionnels de santé.....	20
3.2. Les professionnels de l'Education nationale .....	21
3.3. Les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse.....	23
3.4. Les professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux.....	25
3.5. Des professionnels actifs dans d'autres types d'organisations.....	26
DEUXIEME PARTIE : L'ADAPTABILITE DU CADRE DE FONCTIONNEMENT DES MDA A SERVI LEUR DEVELOPPEMENT.....	31
1. LA NATURE JURIDIQUE DES MDA, LEUR ORGANISATION, ET LEUR PILOTAGE.....	32
1.1 La nature juridique des MDA .....	32
1.2 L'organisation des MDA .....	33
1.3 Le pilotage de chaque MDA .....	34
2. DES DIFFERENCES IMPORTANTES DANS LES FINANCEMENTS .....	34
2.1 Les sources traditionnelles de financement par la Sécurité sociale et l'Etat.....	34
2.2 Les apports des établissements de santé ou transitant par des établissements de santé .....	35
2.3 Les contributions des collectivités territoriales .....	36
2.4 Les aides des fondations.....	37
2.5 L'indispensable consolidation des ressources MDA.....	38
3. DES PROFESSIONNELS DE DIVERS HORIZONS INTERVIENNENT DANS CHAQUE MDA.....	40
4. LE DEVELOPPEMENT DU NOMBRE DE MDA ET LEURS ACTIVITES .....	41
4.1 Entre 2005 et 2013, de quelques MDA à près d'une centaine .....	41
4.2 Les difficultés rencontrées pour la création d'une MDA .....	42

TROISIEME PARTIE : UNE EFFICIENCE OBJECTIVEE ET UNE EFFICACITE RECONNUE PAR TOUS.....	45
<b>1 . PLUSIEURS TYPES D'ACTIVITES ET UNE EFFICIENCE ACCRUE PAR UN EFFET DE SYNERGIE.....</b>	<b>45</b>
<b>1.1 Des éléments quantifiés de mesure de l'activité des MDA.....</b>	<b>45</b>
1.2 Le renforcement des compétences, notamment sur les souffrances et troubles psychiques, des professionnels travaillant auprès de jeunes.....	47
1.3 Les synergies obtenues par de mêmes moyens mis au service d'objectifs complémentaires .....	47
<b>2. LA CREATION DE REPONSES ADAPTEES A DES BESOINS « SANS SOLUTION » .....</b>	<b>48</b>
<b>3. UN APPUI A LA TERRITORIALISATION DES REPONSES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE .....</b>	<b>50</b>
3.1 Les besoins des jeunes pris en considération dans les programmes régionaux de santé .....	50
3.2 La prise en compte des MDA dans les contrats locaux de santé (CLS), les ateliers santé ville (ASV) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM) .....	51
3.3 Le déploiement de l'activité des MDA sur l'ensemble des territoires reste insuffisant.....	52
<b>4. LA PREVENTION DE LA DEGRADATION DE SITUATIONS INDIVIDUELLES .....</b>	<b>53</b>
4.1 Des interventions adaptées à de multiples situations et qui contribuent au désengorgement des CMP.....	53
4.2 La participation à la lutte contre l'échec scolaire et la déscolarisation .....	54
<b>5. QUELQUES REFERENCES QUI FONT APPARAITRE ENCORE PLUS NETTEMENT L'EFFICACITE DES MDA .....</b>	<b>56</b>
5.1 La réalisation des missions d'une MDA par une organisation existant par ailleurs n'est pas envisageable .....	56
5.2 La comparaison entre des dépenses de soins évitées par les interventions d'une MDA et les coûts de fonctionnement d'une MDA .....	57
QUATRIEME PARTIE : UNE NECESSAIRE NOUVELLE ETAPE DANS LE PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DES MDA ET DE LEURS ACTIONS.....	59
<b>1. CONFORTER LES BASES JURIDIQUES ET FINANCIERES DE L'ACTION DES MDA.....</b>	<b>59</b>
1.1. Soutenir la dynamique interministérielle.....	59
1.2. Sanctuariser les crédits dédiés aux PAEJ .....	61
<b>2. RECOMMANDER AUX ARS D'EXERCER LEUR ROLE DE PILOTE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE DES JEUNES EN FAISANT MIEUX APPEL AUX MDA.....</b>	<b>62</b>
2.1 Demander aux ARS de bien faire apparaître les MDA dans leur stratégie de santé pour les jeunes .....	63
2.2 Rappeler l'importance des délégations territoriales des ARS pour leur suivi des MDA et le soutien dont elles peuvent avoir besoin.....	64
<b>3. FAIRE PARTICIPER AU FONCTIONNEMENT DES MDA LES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET NOTAMMENT LES DEPARTEMENTS .....</b>	<b>65</b>
3.1. Les communautés de communes, d'agglomération et urbaines.....	66
3.2. Les départements ne peuvent se soustraire à leurs obligations légales .....	66
<b>4. PRENDRE APPUI SUR L'ANMDA POUR SOUTENIR LE DEVELOPPEMENT DES MDA AU SERVICE DE LA SANTE DES JEUNES.....</b>	<b>67</b>
4.1 L'ANMDA est dès à présent la principale « tête de réseau » des organisations dédiées à l'écoute et la prise en charge des problèmes de santé des jeunes.....	67
4.2 Le développement du nombre de MDA et le renforcement des compétences des professionnels devraient s'appuyer sur l'ANMDA .....	69
CONCLUSION .....	71



RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	73
LETTRE DE MISSION.....	75
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	77
ANNEXE 1 : LES OBJECTIFS DES MAISONS DES ADOLESCENTS SELON LE CAHIER DES CHARGES.....	91
ANNEXE 2 : LES CONDITIONS DE CREATION DES MAISONS DES ADOLESCENTS SELON LE CAHIER DES CHARGES.....	93
ANNEXE 3 : LES INDICATEURS PERTINENTS POUR APPRECIER L'ACTIVITE D'UNE MDA – L'EXEMPLE DU RAPPORT D'ACTIVITE TYPE ETABLI EN RHONE-ALPES.....	95
ANNEXE 4 : LES BESOINS DE FINANCEMENT D'UNE MDA.....	97
ANNEXE 5 : LES CENTRES D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE (CAMSP) UNE REFERENCE INTERESSANTE POUR LES MDA, DE MEME QUE LES CRA ET LES MAIA.....	99
ANNEXE 6 : LA « LABELLISATION » DES MDA – UNE NECESSITE POUR EVITER UNE UTILISATION COMMERCIALE DE L'EXPRESSION, UNE METHODE SIMPLE POUR L'OBTENIR.....	101
ANNEXE 7 : ( <i>EXTRAITS DE LA</i> ) CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE DGCS/SD2C /DPJJ/SAD-JAV /DGESCO/ SG-CIV/DAIC N° 2012-63 DU 7 FEVRIER 2012 RELATIVE A LA COORDINATION DES DISPOSITIFS DE SOUTIEN A LA PARENTALITE AU PLAN DEPARTEMENTAL.....	103
ANNEXE 8 : DONNEES QUANTITATIVES RELATIVES A DES MDA OU LA MISSION S'EST DEPLACEE.....	105
SIGLES UTILISES.....	107
BIBLIOGRAPHIE.....	109
PIECE-JOINTE :IMPLANTATION DES MDA AU 31/03/2013.....	113



## INTRODUCTION

- [1] La ministre des affaires sociales et de la santé a demandé au chef de l'IGAS, par note du 15 novembre 2012 (voir annexe), une évaluation de la mise en place du dispositif « maison des adolescents » (MDA). Cette mission a été confiée à Fadéla AMARA et Pierre NAVES, inspecteurs généraux des affaires sociales.
- [2] Les MDA sont des dispositifs récents, environ 25% d'entre elles, sont en activité depuis moins de trois ans. L'importance relative des trois principales missions remplies par chaque MDA diffère selon les contextes départementaux. Plutôt que de fonder son travail sur des données nombreuses mais difficiles à interpréter, la mission a préféré chercher à comprendre la réalité des MDA à partir d'entretiens approfondis notamment au cours de ses déplacements sur le terrain.
- [3] La mission a rencontré de nombreux responsables et personnalités au niveau national et s'est déplacée dans 9 MDA, 1 « maison de l'adolescence » ainsi que 2 « espaces santé jeunes » (ESJ). Dans chacune d'entre elles, des entretiens ont été organisés avec les responsables et intervenants. Des rendez-avec les partenaires, des jeunes et des parents ont complété les informations contenues dans les comptes rendus d'activité. La mission a demandé, chaque fois des informations sur d'autres MDA connues des interlocuteurs rencontrés. Enfin, elle a participé les 30 et 31 mai à Salon-de-Provence aux journées d'études annuelles de l'association nationale des MDA (ANMDA), ainsi que, le 29 mai à la réunion préparatoire à l'assemblée générale de l'ANMDA.
- [4] L'expression « Maison des adolescents » (MDA) recouvre, dans les 100 MDA actuellement créées en France, des réalités diverses<sup>1</sup> mais remplissent des missions semblables, grâce au cadre fixé par un cahier des charges publié en 2005 (et repris en 2009). Les MDA sont relativement récentes. La première expérience sur laquelle s'est bâti le « modèle MDA » a pris son essor au Havre, en 1993-1994. Le rapport produit par Claire BRISSET, Défenseure des enfants, en 2002, a donné une impulsion traduite par l'aide apportée par l'Etat et l'Assurance maladie, au programme (2005 – 2010) de création de MDA.
- [5] Les principaux constats effectués, dès les années 1990, renouvelés dans les années 2000 sont encore présents actuellement. Les « adolescents » (et plus généralement les jeunes de 11 à 25 ans) vivent un bouleversement, la médecine et le système de santé l'ont trop longtemps négligé. Construire des réponses appropriées aux besoins de près de 15% de ces jeunes en mal être, impose des changements profonds. Les MDA fournissent non seulement des réponses individuelles, elles contribuent aussi à la constitution d'un réseau. Elles sont le point d'appui d'un autre regard sur les adolescents en difficulté, ceux en souffrance et le relai d'une « médecine de l'adolescence ».
- [6] En 2009 un rapport commandé par la DGOS portait une appréciation favorable sur l'avancée de ce programme et une « enquête Flash » conduite en 2011 par la DGCS et la DGOS attirait l'attention sur des départements qui ne disposeraient pas de MDA à l'issue de ce programme, celui-ci est effectivement clos depuis fin 2012.
- [7] La Conférence interministérielle de la jeunesse (CIJ) du 21 février 2013 a affirmé un axe n° 3 : améliorer la santé des jeunes et favoriser l'accès à la prévention et aux soins. Il est explicitement indiqué que son action n° 9 (définir les grandes priorités santé des jeunes pour les années à venir) s'inscrive dans la nouvelle stratégie de santé et dans la perspective du projet de loi de santé publique en précisant notamment l'obligation « d'actions de prévention et de prise en charge pour les problèmes de santé mentale, ... ».
- [8] Dans ce contexte, l'IGAS a focalisé son attention sur :
- la réalisation des missions décrites dans le cahier des charges des MDA (1<sup>ère</sup> partie)
  - l'organisation, la structure juridique et les financements des MDA (2<sup>ème</sup> partie)
  - l'efficacité des MDA (3<sup>ème</sup> partie)
  - le pilotage des MDA, dans le contexte nouveau des ARS et la nécessité d'une nouvelle étape dans le programme de développement des MDA et de leurs actions (4<sup>ème</sup> partie).

---

<sup>1</sup> Notamment la Maison de Solenn, à Paris qui est une MDA extra-ordinaire et qui marque les esprits.

## Qu'est ce qu'une Maison des Adolescents ? *(en quelques mots)*

*Cet encadré vise à présenter, en quelques lignes, ce qu'est une MDA, ses missions, les personnes qui y font appel, son fonctionnement, son financement (une carte des lieux d'implantation des MDA est présentée après les annexes).*

Une MDA est d'abord une structure d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation ; un espace neutre, non stigmatisant, accessible et gratuit. C'est aussi un « centre ressource » sur la santé de l'adolescent.

### **Ses publics et ses missions :**

- des jeunes (adolescents et jeunes adultes) de 11 à 25 ans qui rencontrent ou non des difficultés, qui se sentent et ou ressentent un mal être, qui se posent des questions, qui cherchent des informations pour se sentir mieux ;
- des parents d'adolescents, pour des conseils, et/ ou un accompagnement ...
- des professionnels en relations avec des adolescents, un appui « en expertise »

### **Ses missions :**

- accueillir, écouter, informer et éventuellement orienter après évaluation des situations
- et aussi, en complément et de façon : prise en charge médicale et psychologique ; accompagnement éducatif, social et juridique

### **Pilotage des MDA :**

par un comité de pilotage, réuni dès la phase d'élaboration du projet de la MDA et comprenant des professionnels de santé, de l'hôpital, de la ville... de l'Etat (Santé, Action Sociale, Education Nationale, Justice et l'Assurance Maladie), des collectivités territoriales et du secteur associatif

### **Le financement d'une MDA :**

l'ARS apporte les financements les plus importants auxquels s'ajoutent des contributions de certaines collectivités territoriales et/ou des fondations

### **Les professionnels intervenants dans une MDA :**

les effectifs des MDA peuvent varier de 8 à 25 professionnels, certains mis à disposition par des partenaires (PJJ, éducation nationale). En termes de métiers, sont toujours présents : un médecin psychiatre (ou pédopsychiatre), un(e) infirmier(e), un(e) psychologue un(e) éducateur (rice) ainsi qu'une secrétaire. D'autres intervenants complètent l'équipe de « base » suivant les projets développés et les moyens disponibles : assistant de service social, gynécologue, nutritionniste...

### **Breve description des conditions matérielles d'installation d'une (véritable) MDA**

Implantée dans une ancienne maison bourgeoise en centre ville à proximité de collèges, de lycées, accessible grâce au transport public. Elle est signalée par une discrète plaque à côté de la porte d'entrée. Elle se compose de plusieurs espaces :

- l'espace accueil où l'on peut trouver revues, dépliants, flyers fournissant des informations susceptibles d'intéresser les adolescents.
- des « bureaux » dans lesquels les professionnels reçoivent des adolescents et/ou leurs parents en entretiens ou en consultation. Ils servent aussi à des permanences téléphoniques, à la consultation jeunes consommateurs (sujets à une/des addictions) ...
- une assez grande pièce dont l'usage multiple permet d'être un pôle documentaire, un espace média (fanzine) et un lieu de passage d'adolescents venant se « poser » pour discuter.
- une autre grande pièce, donnant sur un jardin, sert à la fois de salle de réunion pour l'équipe de la MDA mais aussi d'espace d'analyse de situations présentées par des partenaires extérieurs ... ainsi que pour des réunions d'un « groupe d'entraide mutuelle » (GEM) pour ado
- l'espace secrétariat où se gèrent toutes les questions administratives ;
- d'autres espaces complètent l'ensemble : la cuisine par exemple, qui en dehors d'une utilisation classique se transforme en « atelier thérapeutique » en faveur d'adolescentes atteintes de troubles alimentaires (anorexie, boulimie etc...).

**Environ 100 MDA sont actuellement en fonctionnement en France (métropole et DOM)**

## **PREMIERE PARTIE : LES MDA REPONDENT A DES ATTENTES DES ADOLESCENTS, DE LEURS PARENTS ET DE NOMBREUX PROFESSIONNELS EN RELATION AVEC EUX**

- [9] Les besoins spécifiques de santé des adolescents, les problèmes rencontrés par eux mêmes et leurs parents pour y apporter des réponses adéquates avaient été l'objet de plusieurs rapports largement médiatisés<sup>2</sup> au début des années 2000. La création de « Maisons des adolescents » (MDA) est non seulement une réponse visible<sup>3</sup> mais aussi une réponse pensée pour s'articuler avec les dispositifs existants, les conforter. Au même moment, en effet, se développent d'un côté les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) et d'autre part les services de psychiatrie créent des unités dédiées aux adolescents alors même que leurs effectifs en personnels de santé déclinent et que leur activité augmente, entraînant des files d'attente.
- [10] Le cahier des charges des MDA, rédigé en 2004 afin d'explicitier les conditions requises pour qu'un projet de MDA bénéficie de financements publics, et quasiment inchangé depuis, est un document fondamental car il traduit en objectifs, missions et prestations ce que doit faire une MDA (1).  
Les besoins des personnes, les jeunes et leurs parents demandent aux MDA des modalités d'intervention adaptées (2).  
L'articulation de l'action de la MDA avec les professionnels de diverses institutions et les dynamiques partenariales à susciter (3) sont aussi des caractéristiques des MDA.

### **1. LE CAHIER DES CHARGES DE 2005 EST UN DOCUMENT FONDATEUR POUR LES MDA**

- [11] Le cahier des charges des (MDA) annexé à l'appel à projet du 4 janvier 2005 et repris dans la circulaire du 5 novembre 2009<sup>4</sup> est un texte court (5 pages) mais qui ne fait pas l'économie du sens pour l'action. Ainsi il précise notamment que « 8 adolescents sur 10 n'éprouvent pas de difficultés particulières » et que « si les structures intervenant en faveur des adolescents sont nombreuses, on peut regretter une absence de lisibilité pour le public, mais aussi pour les professionnels, de l'organisation des différents services. C'est le cas notamment de l'organisation des services de psychiatrie ».
- [12] Il présente les objectifs des MDA successivement sous quatre formes différentes mais cohérentes entre elles ; ainsi sont explicités (pour plus de précision, voir annexe 2.1) :
- Des objectifs généraux :
    - apporter une réponse de santé et plus largement prendre soins des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées (...);
    - fournir aux adolescents des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie ;

---

<sup>2</sup> La « santé des jeunes », Docteur Xavier POMMEREAU (2002) ; rapport de la Défenseur des Enfants, Claire BRISSET, déjà cité, (2002) ; etc

<sup>3</sup> La notoriété des espaces santé jeunes (ESJ) issus d'appels à projets de la Fondation de France des années 1993 et surtout 1997, 1999 et 2002 (voir 2ème Partie ; 2.4) est restée limitée

<sup>4</sup> Pour la tranche 2010 du « Programme Maisons des adolescents »

- favoriser l'accueil en continu par des professionnels divers pour faciliter l'accès de ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels ;
- (...)
- Des objectifs opérationnels :
  - favoriser la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charge globales pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles (...);
  - développer chez ces professionnels une culture commune sur l'adolescence ;
  - organiser l'expertise interprofessionnelle ;
  - (...)
- Des missions (considérées comme « conditions requises » pour être reconnu comme une MDA) :
  - L'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation ;
  - L'évaluation des situations ;
  - La prise en charge médicale et psychologique ;
  - L'accompagnement éducatif, social et juridique.
- Des prestations proposées (considérées, elles aussi, comme « conditions requises ») et en distinguant des actions en direction :
  - des adolescents : individuelles ou collectives ; en articulation avec les structures intervenant en faveur des jeunes ;
  - des familles : individuelles ou collectives ; (ici aussi en articulation avec les organisations existantes) ;
  - des partenaires : ainsi, intervenir, à la demande des professionnels, au sein des institutions, établissements et services ; recevoir les membres d'une équipe venant présenter la situation d'un adolescent qu'ils ont en charge ; apporter un concours dans l'élaboration des contenus d'une formation destinée à des professionnels.

[13] Toutes les MDA visitées remplissent, les diverses missions présentées dans le cahier des charges et rappelées ci-dessus. Cependant, les modalités sont diverses selon :

- le nombre des personnels placés sous la responsabilité de la direction de la MDA et/ou des financements accordés ;
- les besoins remplis par des partenaires ;
- des choix stratégiques de leurs responsables et leur comité de pilotage pluri-partenarial.

[14] La présentation ci-après, sera effectuée, par type de « publics » : d'abord (2), les jeunes et leurs parents ; puis (3) les professionnels des champs sanitaire, social et éducatif. Ceci dit, toutes les MDA organisent des conférences (de 2 à 4 par an selon les MDA) ouvertes à tous, aussi bien les parents que les jeunes ou les professionnels<sup>5</sup>.

## **2. LES MDA AU SERVICE DES JEUNES, DE LEURS PARENTS ET DES PROFESSIONNELS EN RELATION DIRECTE AVEC CERTAINS D'ENTRE EUX**

[15] L'organisation d'interventions spécifiques pour la santé des adolescents, des jeunes (et leurs parents) reste relativement récente et doit beaucoup à des personnalités qui y ont vigoureusement contribué. Actuellement encore, par exemple, les services de psychiatrie sont répartis administrativement entre secteurs pour adultes et secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Les adolescents, dont les besoins sont spécifiques et qui se trouvent à la charnière de deux types de prise en charge (d'adultes / d'enfants) ne trouvent pas partout de réponses adéquates, même s'ils peuvent être pris en charge de façon spécifique dans ces services de psychiatrie ou dans des unités qui ont été créées et dédiées aux adolescents.

---

<sup>5</sup> Les thématiques retenues correspondent aux besoins constatés par l'équipe de la MDA et par leurs partenaires et tiennent compte de l'actualité nationale. Elles peuvent prendre différentes formes ce qui élargit ou restreint le nombre de participants (de 15 à plus de 120 personnes).

- [16] L'adverbe « pour » dans le titre de la « société française pour la santé de l'adolescent » (SFSA)<sup>6</sup>, société savante de création récente, montre la nécessaire reconnaissance de besoins spécifiques et de réponses qui y soient adaptées.
- [17] La mission la plus visible des MDA est consacrée à l'accueil, l'écoute et l'orientation d'adolescents et de jeunes adultes, ainsi qu'à leurs parents.

## 2.1 Adolescence, difficultés des adolescents, souffrance psychique et troubles psychiques

- [18] Lorsqu'un enfant devient un adolescent, il change à la fois d'un point de vue psychique et physique. Cette période de « mutation » se passe normalement pour la majorité de ces adultes en devenir. Or pour certains d'entre eux, elle s'accompagne de questions, de perte de confiance, de doute, d'incertitude, provoquant chez eux des souffrances psychiques, accentuées par des facteurs extérieurs environnant. Ces souffrances peuvent se traduire par notamment des troubles de comportements (violence, addiction, troubles alimentaire...) qui peuvent aboutir au « sabotage de soi » comme le suicide, souvent évoqué par le Professeur Marcel RUFO.
- [19] C'est aussi une période qui peut s'accompagner de multiples ruptures et de pertes de repères. Rupture de dialogue avec ses proches, les parents en particulier, rupture avec le monde des adultes qui devient incompréhensible, rupture sociale avec son environnement (le phénomène de déscolarisation est un bel exemple ainsi que la fugue). Toutes ces ruptures, d'une violence certaine pour ces adolescents, les enferment souvent dans un repli sur soi, une solitude extrême qui expriment une souffrance psychique. L'adolescence peut être aussi une période où se déclenchent des pathologies relevant de la psychiatrie.
- [20] Dans son rapport sur la « santé des jeunes », le Docteur Xavier POMMEREAU, psychiatre au Centre Abadie à Bordeaux, revient sur les risques majeurs qu'encourent les adolescents et formulent plusieurs recommandations importantes. Compte tenu de la complexité des situations vécues faisant appeler aux différents champs d'intervention des professionnels, la nécessité d'une prise en charge globale s'impose pour le « mieux être » de l'adolescent mais aussi pour ses parents qui ont besoin d'aide et d'écoute et se sentent de plus en plus désemparés.

*« ... A l'adolescence, l'expression d'un mal être peut se manifester par des plaintes somatiques ou des troubles de conduites susceptibles de mobiliser de nombreux acteurs du champ sanitaire, social, éducatif ou judiciaire. La pluralité et l'hétérogénéité de ces manifestations sont des facteurs de dispersion et de cumul des réponses apportées... »*  
 Source : Rapport « Santé des jeunes » Dr Xavier POMMEREAU ; avril 2002

- [21] Le Professeur Philippe JEAMMET attentif, lui aussi, à ce besoin de prise en charge globale et à la fluidité de la prise en charge d'un adolescent en souffrance par de multiples professionnels intervenant dans les différents champs « éducatif », « social » et « sanitaire »<sup>7</sup> affirme également l'importance du rôle des parents et de la fratrie pour le mieux être du jeune. Ainsi il rappelle que « dans beaucoup de situations de jeunes en détresse, les parents se sentent coupables et se posent la question de ce qu'ils ont raté. Réaffirmer le rôle éducatif des parents pour qu'ils reprennent leur légitime autorité et toute leur place « d'adulte éducateur » est essentiel pour le bien être de leurs adolescents surtout s'ils vont mal.... »

<sup>6</sup> La SFSA rassemble, à côté de personnalités, de nombreux praticiens et des intervenants et responsables de MDA ; son président et son secrétaire général sont d'ailleurs, tous les deux, des responsables de MDA.

<sup>7</sup> Le Professeur Philippe JEAMMET est à l'initiative de la création du Diplôme d'Universitaire Interprofessionnel « adolescents difficiles, approches psychopathologique et éducative » (Université Pierre et Marie Curie avec la direction de la protection judiciaire de la jeunesse et d'autres institutions). D'autres formations similaires, dans un cadre universitaire, sont organisées ; par exemple, le diplôme inter-universitaire, « adolescents : société et pratiques interprofessionnelles » (Professeur Catherine JOUSSELME, Professeur Jean-Marc BALEYTE et Docteur Patrick ALECIAN) sous l'égide de

- [22] Cette logique dans laquelle les dimensions psychique et somatique de l'adolescent doivent être, ensemble, prises en considération anime l'action des MDA.

## 2.2. Les jeunes et leurs parents

- [23] Tous les professionnels des MDA rencontrés ont insisté sur la distinction entre souffrance psychique et troubles psychiques (et la nosographie de ceux-ci) et systématiquement utilisé une trilogie : « accueil » / « écoute » / « orientation » si besoin. A cette gradation, plusieurs professionnels ont ajouté un prérequis « apprivoisement » pour que le jeune s'exprime et exprime ses besoins. Il en est environ de même pour les parents.
- [24] Tous ces professionnels et les partenaires rencontrés ont apporté des précisions sur :
- la place des parents et les réponses à construire pour eux (2.2.1) ;
  - les âges des jeunes et les modalités d'interventions avec d'eux (2.2.2) ;
  - les addictions de certains jeunes et leurs modalités de prise en charge ; mais pas sur les violences subies qui sont « oubliées » (2.2.3).

### 2.2.1. Toutes les MDA accordent une grande place aux parents

- [25] Les parents sont l'objet d'une attention particulière de la part de toutes les équipes de MDA rencontrées. Tous les professionnels convergent pour reconnaître que la construction du projet de vie de l'adolescent en souffrance passe par la « reconstruction » du lien avec ses parents et la place que ceux-ci doivent occuper durant cette étape.
- [26] Le travail des professionnels consiste à accompagner ces parents, souvent en désarroi face aux difficultés que vit leur enfant, pour favoriser une meilleure compréhension de la situation et ainsi adapter leur comportement et trouver des réponses possibles. Pour ce faire, chacune des MDA a développé des groupes de paroles, animés par un psychologue (ou un psychanalyste) et/ou un éducateur spécialisé et/ou un infirmier. En général, participent à ces groupes de parole, des parents d'adolescents « pris en charge » par la MDA ; mais ils sont parfois organisés pour des parents inquiets pour leurs enfants à l'entrée de l'adolescence, soucieux de trouver de l'aide et des réponses à leurs interrogations sans que pour autant, leurs enfants soient pris en charge.
- [27] Différents modes d'organisation existent pour ces groupes de parole, en fonction de l'histoire du projet de la MDA, d'un réseau préexistant à la création de celle-ci.

Par exemple « au fil des échanges » (MDA de Villefranche sur Saône) réunit une fois par mois une dizaine de parents (souvent les mères). La projection de films est utilisée comme outil pour aborder les thèmes liés à l'adolescence. L'éducateur spécialisé et le psychologue qui animent cet espace peuvent aussi tenir compte des propositions de discussions émanant des participant(e)s. Ainsi, ont été débattues la question des jeux vidéos et des réseaux sociaux face à l'ado, la question de l'autorité, celle de la consommation de drogues, d'alcool, celle de l'échec scolaire, de la sexualité etc.

Autre exemple (MDA 13 Nord) : la conférence « Etre parents à l'ère numérique », thème générique qui se traduit par l'organisation de mini conférences organisées dans des établissements scolaires (collège et lycée) en présence d'adolescents et aussi de parents, venus échanger avec des professionnels de la MDA, sur leurs expériences et leurs inquiétudes.



- [28] Cette hétérogénéité des modalités impose des informations complémentaires aux seules données chiffrées figurant dans les rapports d'activité avant de présenter des chiffres<sup>8</sup> tels que ceux ci-après, produits par la mission à partir de ces déplacements dans 9 MDA :
- nombre de parents rencontrés<sup>9</sup> indépendamment d'une éventuelle rencontre venue de leur « enfant » à la MDA : de 80 à 150 (hors chiffre d'une MDA dont la priorité est donnée aux rencontres avec les jeunes, le nombre de rencontres peut être estimé à 25) ;
  - nombre de parents rencontrés à l'occasion d'une visite de leur enfant : de 50 à 90 (mais le nombre de rencontres avec des parents dans ce cadre est beaucoup plus élevé) ;
  - nombre de parents ayant participé à des groupes de parole : entre 20 et 90 ;
  - nombre de participations unitaires (un même parent peut venir à 3, 4 ou 5 groupes de paroles) : entre 50 et 150.

### 2.2.2. Les MDA ont fait des choix différents sur la tranche d'âge des jeunes

- [29] Le cahier des charges des MDA n'impose pas de tranche d'âge, même si certaines de ses références suggèrent 11 à 25 ans. Il n'est donc pas surprenant d'observer une diversité des tranches d'âge dans les MDA visitées. Une majorité a cependant fait le choix d'un public allant de 11 ans à 25 ans, à partir d'un double constat :
- 11 ans car le passage en collège est facteur de perturbations pouvant faire émerger des difficultés de nature adolescente.
  - 25 ans est, en général, justifié par la question de l'autonomie économique (l'âge d'ouverture du droit au RSA est 25 ans<sup>10</sup>) et par la similitude avec les Missions locales.
- [30] Certaines MDA ont décidé de n'intervenir que pour des jeunes de moins de 21 ans qui fixe la limite de la prise en charge des jeunes au titre de l'aide sociale à l'enfance dans le cadre d'un « contrat jeune majeur ». Quelques autres MDA arrêtent leur intervention à 18 ans, considérant qu'avec la majorité juridique, ces jeunes sont entrés dans un nouveau statut. Mais, à côté de ces raisons « affichées » figurent aussi un choix stratégique : maintenir des modalités d'intervention du type d'une MDA (accueil et écoute « à la demande » ; animation d'un réseau ; ...) qui ne s'avèreraient pas possibles face à une trop forte demande. Le plafonnement de l'âge est alors une réponse « simple » fondée sur leur appréciation des besoins les plus prioritaires selon les diverses tranches d'âge et les capacités de prise en charge par les acteurs locaux du système de santé.
- [31] Ce type de décision fournit une information utile sur la « demande » et la « non demande ». Notamment elle éclaire la « non demande » de la part de certains jeunes adultes qui pourraient avoir recours aux « prestations » de la MDA mais que, entre autre, le mot « adolescents » dans l'expression « Maison des Adolescents » n'incite pas à pousser sa porte<sup>11</sup>.
- [32] A contrario, certains responsables de MDA adoptent une posture proactive, par l'intermédiaire d'équipes de prévention spécialisée qui « vont vers » des adolescents ou de jeunes adultes ; alors que d'autres MDA sont attentistes, comme ce responsable de MDA disant : « *c'est une éventualité que l'on ne peut pas écarter* »<sup>12</sup>.

<sup>8</sup> Chiffres arrondis et redressés pour correspondre à une MDA active dans un territoire de 400 000 habitants

<sup>9</sup> Les MDA visitées ne recensaient pas les appels téléphoniques de parents étant donné qu'ils dupliquent pour la plupart des rencontres ultérieures

<sup>10</sup> Hors les cas de couples mariés et d'adulte avec enfant (le « RSA jeune actif » pour des jeunes de 18 à 24 ans est à mentionner pour mémoire)

<sup>11</sup> Conscients que des jeunes adultes peuvent être indisposés par l'appellation Maison des « Adolescents », les responsables de certaines MDA ont décidé de rajouter « et des Jeunes adultes » afin que cela corresponde mieux à leur réalité et évite un effet repoussoir

<sup>12</sup> Et justifiant fort bien ce choix par les priorités faites parmi les multiples demandes auxquelles il devait répondre avec une équipe composée de moins de 10 personnes

- [33] L'accueil, l'écoute et l'orientation des jeunes est en effet très « consommatrice de temps ». En reprenant la même méthodologie que celle exposée ci-dessus pour l'activité des MDA consacrée aux parents, peuvent être présentées les données suivantes :
- nombre de jeunes accueillis sans qu'il y ait vraiment d'écoute (un(e) jeune « vient voir », seul(e) ou avec un(e) ami(e) avec autant que possible un bref temps de dialogue) : non comptabilisé dans 4 MDA, dans les autres, de 60 à 200 ;
  - nombre jeunes accueillis et écoutés : de 150 à 1 000 ;
  - nombre de rencontres avec ces jeunes (un même jeune peut avoir 2, 3, 4, 5 rencontres) : de 500 à 3 000 ;
  - nombre d'appels téléphoniques reçus : non comptabilisés dans 5 MDA ; dans les autres entre 350 et 500 ;
  - nombre de jeunes ayant participé à des groupes de parole : entre 20 et 50 ;
  - nombre de participations unitaires (un même jeune peut venir à 2, 3 ou 4 groupes de paroles) : entre 50 et 80 ;
  - nombre de jeunes ayant participé à des activités (dont en groupe) : entre 10 et 40 (mais 3 MDA ne proposent pas de telles activités) ;
  - nombre de participations unitaires (un même jeune peut venir à 2, 3 ... (jusqu'à 7 fois dans une MDA) activités) : entre 30 et 60 ;
  - et aussi, nombre d'appels téléphoniques « de préparation de venue » dans un service hospitalier ou auprès d'un professionnel : entre 300 et 500 (données recueillies seulement dans 3 MDA).

- [34] Des différences sont sensibles entre MDA et s'expliquent par des choix de l'équipe de la MDA en relation avec ses partenaires. Certaines MDA cherchent à accueillir le plus largement possible et/ou « orientent » rapidement ; dans ces cas le nombre de rencontres par jeune est plus faible (aux alentours de 2 alors qu'elle est en moyenne de 3 dans l'échantillon de MDA visitées). D'autres MDA privilégient au contraire un « accueil en première intention » par des partenaires.

- [35] Ces différences peuvent aussi s'expliquer par des choix d'organisation matérielle. Ainsi des plages d'accueil adaptées aux horaires des jeunes (renforcement des professionnels pour l'accueil et l'écoute le mercredi après-midi, le samedi matin et en fin de journée -17H à 20H), accroît la fréquentation de jeunes qui « viennent voir » et pourront revenir ultérieurement s'ils en ressentent le besoin pour eux ou un de leurs amis.

### 2.2.3. Toutes les MDA accordent de l'importance aux jeunes « addicts », mais la question des violences subies reste dans l'ombre

- [36] Toutes les formes d'addiction sont prises en compte par les MDA, qu'elles soient licites (alcool, tabac...) ou illicites (drogues...) ; sont intégrées aussi les formes d'addictions liées aux nouvelles technologies (jeux vidéo, internet...). Mais, deux modalités d'intervention se dégagent.
- [37] La première consiste à intégrer au sein de la MDA une « consultation jeunes consommateurs », souvent gérée par un spécialiste mis à dispositions une demi-journée par semaine ou par mois selon les MDA. Elle est destinée à tous les jeunes y compris les mineurs qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psychoactives. La famille peut également être accueillie pour trouver une écoute et un soutien auprès des professionnels.
- [38] L'adolescent comme son entourage peut ainsi obtenir des réponses à ses interrogations et à ses préoccupations ainsi que des informations sur les substances, leurs effets et risques et être informés sur les divers types de prises en charge.
- [39] De l'avis des professionnels, la présence de cette consultation au cœur de la MDA, a un double bénéfice, pour les jeunes :
- faciliter la venue de jeunes dans un lieu non connoté ;
  - éviter que ces adolescents « néophytes » se retrouvent dans le même lieu, à savoir celui d'un CSAPA (et/ou d'un CAARUD) avec des personnes toxicomanes, parfois lourdement touchées par leur addiction.

CAARUD, CSAPA et CJC

CAARUD : Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues sont des établissements médico-sociaux destinés à accueillir des usagers de drogues. Ils ont été créés en 2004 (Loi de santé publique 2004-806 du 9 août 2004).

CSAPA : Les Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie sont des centres médico-sociaux destinés à accueillir les personnes dépendant de drogues illicites ou de pratiques néfastes (jeux, sexualité...). Ils peuvent aussi accueillir l'entourage. (Circulaire DGS du 10 mars 2006, décret n°2007-877 du 14 mai 2007, Circulaire du 28 février 2008).

CJC : les Consultations Jeunes Consommateurs, réseau mis en place en 2005, ces consultations sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives. Elles peuvent aussi accueillir les familles pour les conseiller et les aider. Ces consultations sont rattachées aux CSAPA.

*Source MILDT*

- [40] La deuxième modalité se limite à l'orientation vers une structure labellisée pour assurer des « consultations jeunes consommateurs » et qui, en général, son aussi reconnue comme, CSAPA (et/ou CAARUD) voire à une telle structure en cas de besoin de prise en charge plus importante du jeune, identifié avec lui au cours du (ou de ses) entretien(s) à la MDA.

\*

- [41] Au contraire des addictions, forme de violence contre soi comportant une dimension psychologique, d'autres formes de violence subies sont « sujet tabou ». Les violences sexuelles ont été très peu citées spontanément aux cours des différents entretiens menés par la mission. Pourtant, ses interlocuteurs connaissaient bien cette question, mais ont presque tous semblé trouver de « bonnes raisons » pour ne pas avoir consacré plus d'énergie à voir quelle contribution la MDA pouvait apporter, alors que ces phénomènes sont « massifs ». Ainsi par exemple, les mariages forcés concernent des adolescentes et des jeunes adultes françaises ou immigrées (70 000 jeunes femmes selon l'estimation du Haut Conseil à l'Intégration) Ce problème ne peut donc pas rester dans l'ombre comme le soulignait récemment la ministre des Français de l'étranger<sup>13</sup> : « C'est une pratique dont on parle peu en France mais qui est bien réelle ».

- [42] Pour une jeune femme, au cours de cette délicate phase de « mutation » qu'est l'adolescence, se trouver confrontée à un autre défi, celui de devoir s'opposer à un abus d'autorité exercé par ses proches, crée une intense souffrance. En même temps qu'elle passe de l'enfance au statut de « femme », processus naturel qui peut la fragiliser intérieurement et la désarmer, l'adolescente doit faire face aux conséquences de ce nouveau statut : sa liberté peut être bafouée, son corps ne plus être respecté.

- [43] Ces jeunes femmes victimes de violence sexuelles relèvent, par leur âge et leurs problématiques du champ d'intervention des MDA : problèmes de santé, besoin d'une écoute en lieu « banalisé », capacité d'intervention. Les relations des MDA avec les centres de planification familiale ont été décrites plusieurs fois aux membres de la mission ; elles devraient être développées tout spécialement au bénéfice des ces jeunes femmes.

---

<sup>13</sup> A l'occasion du lancement d'une campagne d'information et de sensibilisation sur ce sujet, le 9 juillet 2013. La ministre précisait: « un travail de communication devrait s'effectuer au début de la période des vacances car c'est à ce moment de l'année que les jeunes filles, le plus souvent âgées de 14 ans à 24 ans croyant partir en vacances, se retrouvent mariées de force pour répondre à la volonté familiale et à la tradition. (...) Elles se retrouvent dans une grande détresse psychologique, séquestrée, violées, sans papier d'identité, ni portable, qui leur ont été confisqués ».

### 3. DE TRES NOMBREUX PROFESSIONNELS DES CHAMPS SANITAIRE, SOCIAL ET EDUCATIF SOUTENUS PAR LA MDA

- [44] Une MDA est un dispositif qui complète l'offre existante parce que celle-ci ne répond pas de façon adéquate aux besoins des adolescents, des jeunes et/ou de leurs parents. Ceux-ci peuvent faire appel à de très nombreux professionnels. Leur disponibilité effective peut être insuffisante en regard des attentes ; ces professionnels peuvent aussi ne pas être suffisamment compétents (ou ne pas se sentir suffisamment compétents) pour répondre aux problématiques posées par des adolescents ou des jeunes, en difficulté, en souffrance voire affectés de troubles.
- [45] A ces professionnels qui doivent pouvoir effectivement et sereinement remplir leur rôle à l'égard de ces jeunes, la MDA apporte un appui. Elle conforte ces professionnels et évite que des services de santé (ou autres, y compris elle-même) n'aient à intervenir pour des difficultés rencontrées ou produites par ces jeunes.
- [46] A travers la présentation des activités des types de professionnels auxquels peuvent s'adresser des jeunes et/ou de leurs parents, le rôle d'une MDA vis-à-vis d'eux sera aussi décrit.

#### 3.1. Les professionnels de santé

- [47] Les médecins généralistes sont les premiers professionnels de santé à être en contact avec les adolescents et/ou leurs parents, avec ceux de l'Education nationale. Ils peuvent jouer un rôle non négligeable de prévention en détectant des situations qui pourrait évoluer vers des prises en charge « plus lourdes » si elles ne sont pas identifiées. Mais les adolescents ne se confient pas naturellement au médecin de famille qu'ils considèrent trop proches de leurs parents et craignent par dessus tout que la parole déposée ne soit « répétée ». Au contraire, les parents peuvent exprimer leurs difficultés, leurs angoisses pour leurs adolescents qu'ils sentent « en mal d'être » mais leur médecin est souvent mal à l'aise face à ce type de situations. La question de la « confiance » et de la « confidentialité » des propos tenus par l'adolescent et/ou par ses parents met le médecin dans une posture plus ou moins délicate.
- [48] Aussi, les Maison des Adolescents peuvent être un recours salutaire. L'intervention d'un « tiers » dans ce « couple à trois » peut dénouer les tensions et permettre un dénouement positif au profit de l'adolescent, des parents et du médecin.
- [49] Le cahier des charges des MDA insiste sur les partenariats avec l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir auprès des jeunes pour « toucher » le plus largement possible le public ciblé et permet de renforcer l'axe de sa politique de prévention.

L'expérience mise en œuvre par la Maison des Adolescents Yvelines Sud (MDAYS) illustre parfaitement cette volonté d'optimiser le partenariat avec la médecine de ville.

Afin de se faire « repérer » comme dispositif œuvrant en direction de l'adolescence, la MDA a mis en place une campagne d'information à travers un courrier adressé aux 400 médecins généralistes participant au réseau du Groupement de Coopération Sanitaire 78. Le rapport d'activité 2012 de la MDAYS fait état « d'une nette augmentation » des demandes émanant des médecins généralistes pour des « situations intriquées ».

En outre, une permanence téléphonique hebdomadaire, assurée par un médecin ou un psychologue de la MDA leur est dédiée.

- [50] Cette logique fonde le versement d'une aide du « fonds d'intervention pour la qualité des soins » (FIQS), prévu dans le programme 2005 – 2010, aux MDA qui articulent leur action avec celle d'un réseau de santé.
- [51] De très nombreux professionnels de santé exercent aussi dans un établissement de santé. L'organisation des services reste principalement marquée, pour les établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) par les spécialités d'organes, hors les services de pédiatrie et de gériatrie. Quant aux établissements publics ou privés à but non lucratif<sup>14</sup> dédiés à la santé mentale, leur organisation s'est progressivement structurée sur les bases posées par la circulaire de 1960 sur la sectorisation psychiatrique. Les jeunes de moins de 12 - 13 ans et ceux de plus de 18 – 19 ans peuvent y consulter des professionnels de santé disposant des compétences pour effectuer les soins appropriés. La situation est bien différente pour les « adolescents » (entre 14 et 17 ans), même si elle est en rapide évolution.
- [52] La reconnaissance de besoins spécifiques de soins pour les « adolescents », l'émergence d'une « médecine de l'adolescence » se sont traduites, par la création d'unités dédiées, d'environ une dizaine de lits, dans des établissements psychiatriques et des établissements MCO, articulées avec des consultations. Leurs professionnels effectuent deux types d'exercice : d'une part, des activités de consultation et de soins, de façon « classique » ; d'autre part, des activités « de liaison », de façon transverse pour des jeunes pris en charge par d'autres services. Une partie de l'activité de ces professionnels peut être effectuée pour la MDA et financée dans ce cadre<sup>15</sup>.
- [53] La MDA intervient « en complémentarité » avec ces services de soins :
- elle évite des prises en charge, pour des jeunes en souffrance psychiques mais qui ne relèvent pas d'une prise en charge par un service de soins ;
  - elle sert de « porte d'entrée » pour des jeunes (ou leurs parents) qui ont besoin d'une prise en charge et que le mot « psychiatrie » effraie, ou bien qui sont découragés par les délais d'attente (de l'ordre souvent de plusieurs mois).

### 3.2. Les professionnels de l'Education nationale

- [54] Au sein des collèges et lycées où sont très majoritairement scolarisés les jeunes de 11 à 18 ans<sup>16</sup>, les professionnels de la communauté éducative<sup>17</sup> peuvent être, à grands traits, répartis entre :
- les enseignants, au contact quotidien avec les élèves. Ils peuvent les voir vivre et évoluer. Ils sont susceptibles de repérer ceux qui présentent des difficultés. Ils sont les premiers « vigies scolaires » de la santé et du bien être des élèves ;
  - Les personnels de direction participent notamment aux actions d'éducation et à l'encadrement éducatif ;
  - Les personnels de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves qui regroupent les médecins scolaire, les infirmier(e)s et les assistant(e)s de service social.

---

<sup>14</sup> Les établissements privés commerciaux, en général de petite taille, ont une activité tournée vers un nombre limité d'interventions

<sup>15</sup> L'existence de MDA a ainsi, permis la consolidation d'emplois de professionnels de santé, actifs pour des jeunes hors de l'hôpital et qui prennent aussi en charge des jeunes dans l'hôpital

<sup>16</sup> En effet, il convient de ne pas oublier notamment les centres de formation d'apprentis (CFA) ...

<sup>17</sup> « Les parents d'élèves sont membres de la communauté éducative » et « La communauté éducative rassemble les élèves et tous ceux qui dans l'établissement scolaire ou en relation avec lui, participent à la formation des élèves » (Loi n°89-486 du 19 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation)

Les personnels de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves sont chargés « ... de veiller au bien être des élèves, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité. (...) Les médecins sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés. Ils réalisent entre autre, les bilans de santé obligatoires effectués entre 5 et 6 ans et le suivi de santé tout au long de la scolarité. Ils effectuent aussi le suivi des élèves en difficulté et ce en relation avec les familles et les personnels des établissements scolaires. Les personnels infirmiers ont la responsabilité de l'accueil et de l'écoute pour tout motif ayant une incidence sur la santé. A l'identique des médecins, ils travaillent en étroite relation avec les familles. Ils participent à tout ce qui à trait à la promotion de la santé en faveur de l'élève. (...) les assistants de service social sont chargés d'apporter écoute, conseils et soutien aux élèves et aux personnels. Ils interviennent entre autre sur la question de l'absentéisme, sur la protection des mineurs en danger et contribuent à l'éducation à la citoyenneté. Les modalités de leurs interventions peuvent être d'ordre individuel (entretien, accompagnement, plan d'aide...) ou partenariale (institutionnel, territorial, associatif) ».

Source : ministère de l'Education nationale

- [55] Les responsables et les professionnels des MDA visitées ont tous insisté sur l'importance de la promotion de la santé au sein de l'Education nationale<sup>18</sup>. En plus du volet prévention (dont la détection), ils ont souligné la corrélation entre « bien être » (et donc santé) et appétence scolaire. Ils ont, aussi, tous témoigné de la qualité des partenariats tant avec les responsables académiques qu'avec les responsables « de terrain » (directeurs d'établissements, inspecteur de l'éducation nationale –IEN-, directeurs d'écoles, enseignants, et professionnels de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves...)
- [56] De façon symétrique, les acteurs et responsables de l'Education nationale ont affirmé leur attachement à un partenariat solide avec les MDA ; pour preuve, notamment, la mise à disposition de personnels enseignants, de santé et d'action sociale à temps partiel ou sur des temps dédiés, facilitant l'articulation entre les professionnels des établissements d'enseignement et ceux de la MDA et renforçant ses capacités d'action. Ces dernières années, la réduction du nombre de personnels de l'Education nationale assortie d'une orientation privilégiant le « face à face pédagogique » a conduit des responsables académiques à revoir les temps d'activités de leurs personnels au sein des MDA.
- [57] Cette collaboration MDA – Education nationale est le plus souvent, traduite dans des axes de travail formalisés, s'inscrivant dans les perspectives d'action de la MDA et répondant aux demandes du personnel de la communauté éducative.
- [58] Ainsi presque toutes les MDA visitées ont mis en place des interventions de leurs professionnels au sein des collèges et/ou lycées : soit au bénéfice des élèves, dans un souci de prévention, soit auprès du personnel enseignant dans le cadre de formations internes. La violence sur soi et autrui, les troubles alimentaires, les addictions, les questions sur la vie affective et sexuelle sont autant de thématiques liées à l'adolescence qui sont abordées au cours de ces rencontres adolescents / professionnels / personnels éducatifs. Ces rencontres apportent des informations et permettent de tisser des relations, d'ouvrir plus grandes la porte de la MDA à certain(e)s qui ne penseraient pas y aller, ou n'oseraient pas, alors qu'ils en ont besoin<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> Dans la droite ligne des observations et recommandations du rapport de 2004 IGAENR – IGEN - IGAS, « *Evaluation du dispositif d'éducation à la sante à l'école et au collège* » ;

<sup>19</sup> 4 MDA visitées et qui recensaient l'origine de la démarche ayant conduit un jeune à venir à la MDA, l'Education nationale expliquait entre 25% et 40% de ces démarches

L'effet différé de l'intervention d'une MDA dans un collège :

Le jeune M. s'est souvenu, alors qu'il avait quitté le collège depuis déjà 2 ans, de l'intervention d'une psychologue de la MDA. Se sentant « mal dans sa tête » à la suite de plusieurs échecs pour trouver un emploi, il a poussé la porte de la MDA, alors même qu'il était par ailleurs inscrit à la Mission locale. Le partenariat Mission Locale – MDA l'a remis en selle vers un service qui lui était pourtant disponible à la Mission locale mais qu'il « évitait ».

- [59] Ailleurs, les professionnels de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves font partie du réseau que la MDA anime et d'autant plus facilement, si certains de ses membres font partie de l'équipe même des MDA.
- [60] Enfin, environ la moitié des MDA visitées par la mission met à disposition son expertise dans le cadre de réunion d'étude de situations « complexes » d'élèves qui mettent en échec l'institution scolaire (adolescents plusieurs fois déscolarisés, adolescents violents, ...). Ces situations sont présentées par le personnel de l'Education nationale. Le rôle de la MDA en sa qualité de « tiers » permet de poser un diagnostic et de proposer des pistes de travail. Elle vient en soutien au personnel de l'établissement (et de la direction académique des services de l'éducation nationale – DASEN) et évite les exclusions inutiles, prévient des déscolarisations. Ce type de dispositif est semblable à celui organisé par des MDA pour des établissements sociaux ou médico-sociaux (voir 2.2. de la 3ème Partie ci-après).

### 3.3. Les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse

- [61] Depuis la création de MDA, la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) a choisi de s'appuyer sur ces dispositifs. Deux raisons expliquent ce choix maintenu depuis lors de façon constante :
- Les jeunes pris en charge par la PJJ rencontrent des difficultés particulièrement fortes
  - Les modalités d'accueil et de prise en charge par les personnels des MDA complètent celles que peuvent fournir les personnels de la PJJ (ou du secteur associatif habilité).
- [62] Même si les histoires personnelles des jeunes pris en charge par la PJJ sont diverses, ces difficultés trouvent souvent leur source dans des conditions de vie et d'éducation dans l'enfance qui ont (ou auraient) nécessité une intervention au titre de la protection de l'enfance<sup>20</sup>.
- [63] Le basculement dans la délinquance traduit un refus de l'autorité, de règles non comprises ou d'une incapacité à supporter la frustration, Il révèle aussi des parcours jonchés de souffrances non exprimées. Comme l'affirmait un éducateur PJJ « *nos jeunes sont abîmés et certains plus que d'autres. Leur parler de rencontrer un psychologue voire un psychiatre et c'est le refus net. La MDA nous facilite ce lien. La présence en son sein d'une équipe pluridisciplinaire fluidifie la prise en charge du jeune et favorise son adhésion* ».

---

<sup>20</sup> Une des expressions figurant à l'article 375 du code civil qui fonde l'intervention judiciaire au titre de l'assistance éducative : « ... si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises... » reprend l'économie générale de la définition de la santé par l'OMS

Par ailleurs, de nombreux mineurs sont pris en charge au titre de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse

- [64] Au delà de l'obligation de faire respecter les décisions des juges, le personnel de la PJJ, en particulier les éducateurs construisent avec le jeune une perspective d'avenir dans lequel le jeune peut se projeter en fonction de ses possibilités et de ses envies. Un travail spécifique de prise de conscience s'effectue auprès du jeune pour lever les freins qui l'empêche d'avancer. Il passe notamment par des actions sur la citoyenneté, sur la responsabilisation de l'individu. Cette intervention éducative de fond passe aussi par le respect de soi avec une dimension souvent primordiale des questions de santé (au sens large : dont les addictions, le prendre soin de soi...) Pour ces jeunes et les personnels de la PJJ la MDA est un outil parfaitement bien adapté.
- [65] A titre d'exemple, une partie des jeunes pris en charge par la PJJ sont consommateurs de cannabis La majorité des éducateurs entendus par la mission sont informés de l'organisation de « consultations jeunes consommateurs » au sein de certaines MDA, soit parce que la PJJ a participé à la construction du projet MDA et en est un partenaire institutionnel, soit, plus simplement, étant donné les réseaux territoriaux tissés par les professionnels de la PJJ et des MDA. Le recours aux professionnels de la MDA se traduit par la prise de rendez vous opérée par l'éducateur, avec l'accord du jeune. Le jour venu, il accompagne l'adolescent pour le premier entretien. Ensuite, le jeune s'y rend seul, l'éducateur référent est informé de l'évolution du suivi soit par téléphone, soit au cours de réunion avec les équipes des MDA.
- [66] La plupart de ces adolescents, pris en charge en milieu ouvert ou en établissements, n'ont pas ou peu eu à faire avec les professionnels de la santé (outre le médecin généraliste). En effet ces jeunes aux vies émaillées de fractures multiples familiales, scolaires, sentimentales, de santé (addiction, tentative de suicide, troubles alimentaires...) y apportent souvent comme réponse la solitude et le repli sur soi.
- Ces ruptures diverses et la perte de confiance amènent le jeune à développer une forte réticence vis-à-vis de rencontres avec ces professionnels, d'autant plus quand il s'agit d'un psychologue ou d'un professionnel dans le champ de la psychiatrie. « Je ne suis pas fou » est la réponse récurrente de ces jeunes, rapportée à la mission par les acteurs travaillant en direction des adolescents. « Le problème est multifactoriel et la réponse est pluridisciplinaire » constatait un responsable de la DPJJ, ancien juge des enfants.
- [67] La MDA est dès lors une « parade » utilisée par le personnel de la PJJ afin d'aider ces jeunes, sans les brusquer, mais tout en les responsabilisant sur leur devenir physique, psychique. D'où l'investissement des directions territoriales de la PJJ auprès des promoteurs de projet MDA. Pour la PJJ l'habitude de travailler en réseau avec les différentes ressources au niveau local a facilité l'adhésion des autres acteurs et aidé au développement d'un réseau dans le champ de l'adolescence, articulé avec la MDA.
- [68] La très grande majorité des premières conventions engageant la PJJ, illustrent son investissement en détaillant les moyens mis en œuvre, notamment les mises à disposition du personnel au sein de la MDA ainsi que des temps de formation des équipes PJJ dans le cadre d'analyse de situations et d'appui aux pratiques professionnelles. La réforme de la PJJ engagée depuis 2008 a, par un ricochet déploré explicitement par plusieurs responsables territoriaux de la PJJ, conduit à la diminution des temps dédiés dans certaines MDA.
- [69] La mission a constaté que cette contrainte n'empêche pas la continuité d'une collaboration engagée. Cependant malgré la bonne volonté des équipes locales, elle impacte les possibilités offertes et restreint le public visé. Ce qui conduit au paradoxe que la Direction de la PJJ peut affirmer que « les MDA sont un appui pour la DPJJ », préciser que « le partenariat avec les MDA est identifié et repéré » mais ne donne aucune directive spécifique sur les mises à disposition de personnels dans les MDA, ce qui aboutit à un désengagement.



- [70] Pourtant le rapprochement entre les services de la PJJ et ceux de psychiatrie, longtemps difficile pour des raisons parfois idéologiques et d'éthique professionnelle avait bénéficié des créations de postes au sein de la PJJ. D'abord, à la suite de la circulaire DPJJ/DGS de 2002 qui pose le cadre d'un travail en réseau et de postes dédiés ; ensuite ceux issus du « renforcement en moyens de santé mentale », à titre « d'expérimentation » d'une dizaine de centres éducatifs fermés (CEF). Ces CEF se sont en pratique appuyés sur une MDA pour construire ces partenariats. Cette expérimentation a fait l'objet d'une enquête en 2010 menée par le Professeur Michel BOTBOL, pédopsychiatre montrant les effets positifs d'une prise en charge de la santé de ces jeunes<sup>21</sup>.
- [71] Les bénéficiaires de cette mise en réseau sont multiples et sont au profit à la fois des équipes encadrant mais aussi et surtout pour les jeunes en très grande difficulté. Ces « cas complexes » trouvent dans ce type de prise en charge une possibilité de se reconstruire, notamment grâce à un meilleur accès aux soins<sup>22</sup>.

### 3.4. Les professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux

- [72] Les conditions d'exercice des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont, à l'évidence, très différentes selon qu'ils travaillent au sein d'un établissement d'hébergement, d'un service « dans des murs » ou bien en « milieu ouvert » ou en prévention spécialisée, sans oublier les assistantes familiales.
- [73] Ces établissements ou services, pour des jeunes dont la prise en charge a été décidée en raison d'une déficience (jeunes en situation de handicap<sup>23</sup>), au titre de la protection de l'enfance (par décision administrative ou judiciaire) ou de la protection judiciaire de la jeunesse emploient tous des personnels éducatifs, des psychologues et par vacation, des temps de personnels infirmiers et médicaux. A priori, ces jeunes devraient, plus que ceux qui ne sont pas pris en charge pour les raisons énoncées ci-dessus, bénéficier d'un suivi tel que les professionnels de ces établissements et services ne devraient pas avoir besoin d'un appui de la MDA.
- [74] En réalité, c'est le contraire qui peut être constaté, la MDA constitue un lieu / un dispositif apprécié des professionnels de ces établissements et services. Les raisons ont déjà été largement présentées dans le paragraphe consacré aux professionnels de la PJJ :
- une prise en charge en « milieu banalisé », permettant une ouverture sur l'extérieur et où ces jeunes pourraient se rendre par eux-mêmes s'ils le veulent ;
  - une prise en charge renforcée en soins qui dépasse les moyens dont disposent ces établissements et services ;
  - la capacité des MDA de rassembler plusieurs expertises afin d'établir un diagnostic et proposer une prise en charge pour des jeunes en « situation complexe » qui représentent une partie des effectifs de ces établissements et services.

---

<sup>21</sup> Selon lui « *L'expérimentation a permis, dans tous les CEF (...) une amélioration notable de leur fonctionnement et de leurs liens avec la psychiatrie, se traduisant soit par une diminution des incidents dans la prise en charge soit par une meilleure capacité de l'équipe à les contenir sans se désorganiser.* ».

<sup>22</sup> Le Professeur Michel BOTBOL affirme « *l'enquête montre une nette augmentation du nombre de rencontres organisées avec les professionnels de santé, une meilleure réalisation des obligations de soins, une amélioration des conditions de sortie du jeune, c'est-à-dire, globalement, une nette amélioration de l'accès aux soins et des suivis de ces jeunes souvent particulièrement réticents à ces soins* » Des observations semblables figurent dans un rapport IGSJ – IPJJ – IGAS de janvier 2013 sur les CEF qui préconise une extension à tous les CEF d'un dispositif médical élargi à l'ensemble des questions de santé.

<sup>23</sup> Jeunes accueillis en institut médico-éducatif (IME), institut médico-professionnel (ImPro), institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), ou pris en charge par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ou un autre service de soins similaire

- [75] Ces articulations nécessaires entre MDA et secteur social et médico-social expliquent le rôle moteur, dans le comité de pilotage de la plupart des MDA, de responsables d'associations gestionnaires d'établissements ou services et/ou la mise à disposition de personnels éducatifs ; et il en est de même pour les responsables de certains conseils généraux.

### 3.5. Des professionnels actifs dans d'autres types d'organisations

- [76] Depuis les années 1980, soit bien avant la création des MDA, d'autres organisations que les MDA, ont été mises en place pour prendre en charge les jeunes (puis aussi leurs parents) confrontés à des difficultés personnelles ou sociales. Une des conditions de réussite des MDA est la bonne articulation des actions de leur équipe avec les professionnels de ces organisations.
- [77] Les 450 Missions Locales réparties sur le territoire ont pour objectif d'accompagner les jeunes de 16 à 25 ans dans leurs parcours de vie. Leurs équipes interviennent à la fois dans le champ social et celui de l'insertion. Selon l'UNML (Union Nationale des Missions Locales), plus d'un million de jeunes par an bénéficient de ce « service public de proximité ».
- [78] Parmi ces jeunes pris en charge par les Missions locales, beaucoup présentent une « vulnérabilité » qui impacte sur leur capacité à préparer leur avenir et à prendre toute leur place dans la société.
- [79] La « Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle »<sup>24</sup> signée en mai 2006 par trois ministères et le Conseil National des Missions Locales se présente comme une réponse opérationnelle à « (...) *une prise de conscience des différents acteurs du monde de la santé, de l'insertion professionnelle, de l'insertion sociale et familiale* » et présente « (...) *une stratégie de mise en réseau de tous les interlocuteurs visant à la fois l'insertion et le bien être du jeune* ».
- [80] Le public des Missions Locales recouvre largement celui des MDA, ne serait-ce qu'en raison de la tranche d'âge. Pour les Missions Locales, la MDA est un partenaire complétant ses interventions. Elle permet de renforcer le projet de vie du jeune dans son volet « santé et bien être » favorisant ainsi son processus d'insertion sociale et professionnelle.

un Responsable de Mission Locale : « *Aujourd'hui, nous accueillons de plus en plus de jeunes en « mal être ». S'il n'y a pas de MDA, c'est compliqué, c'est une structure indispensable. D'une part, elle n'est pas stigmatisante, donc un jeune ira plus facilement que dans un CMP où à l'hôpital et, d'autre part, la présence de différents professionnels issus du champ sanitaire et du champ social, permet d'appréhender le jeune dans sa globalité. Et je rajouterai que les délais pour être reçu sont très courts ce qui nous arrange compte tenu du « flux » que gère chaque conseiller d'insertion.* ».

- [81] Ce partenariat peut se traduire de façon institutionnelle et/ou pratique, ainsi dans les MDA visitées :
- la présence d'un représentant de la Mission Locale au sein des instances de pilotage de la MDA, (souvent lié au fait de leur présence dans le réseau qui précède la création de ce dispositif), de fait la Mission Locale joue un rôle dans l'élaboration des projets développés par la MDA ;
  - la permanence (hebdomadaire ou mensuelle) d'un professionnel de la MDA -souvent un psychologue- au sein de la Mission Locale, pour recevoir les jeunes « identifiés » en situation de mal être ou, tout simplement, à leur demande ;

<sup>24</sup> Charte signée par le Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, le Ministère de la Santé et des Solidarité, le Ministère Délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes

- la saisine de la MDA par un conseiller d'insertion de la Mission Locale concernant un jeune en difficulté, qui viendra présenter la situation aux professionnels de la MDA, en réunion de synthèse, où un diagnostic pourra être établi et une orientation proposée ;
- la saisine de la Mission Locale par la MDA qui adresse un adolescent ayant besoin d'un accompagnement dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle.

[82] Ces pratiques renforcent les relations entre les professionnels des deux structures et participent à réduire les délais de prise en charge dans les deux champs de compétence. Une convention entre la MDA et la Mission locale peut poser le cadre de ce travail en commun. Elle peut aussi spécifier des moyens, notamment la mise à disposition de personnel des deux structures, pour des temps dédiés. Ce partenariat peut même servir de base à une action plus volontariste, financée par une collectivité territoriale.

L'exemple d'un programme « santé des jeunes » décidé et financé par un conseil régional et mise en œuvre grâce au partenariat entre une Mission Locale et une MDA

- dans le cadre du Programme Régional de Formation, une Mission locale a pu financer 200 visites médicales par an pour des jeunes suivis par la Mission locale ; elle a en a confié la réalisation à la MDA avec laquelle elle entretient des relations ;
- afin que des jeunes scolarisés au collège parmi lesquels nombreux seront ceux qui viendront s'inscrire à la Mission Locale au cours des années consécutives à la fin de leur scolarité obligatoire, sachent « trouver le chemin » de la MDA, 5 jeunes en service civique (et salariés de la Mission locale) présentent les services de la MDA dans les collèges de son territoire d'intervention.

[83] Ces actions s'inscrivent dans une démarche de « aller vers » qui consiste à se rendre dans les lieux que les adolescents et les jeunes fréquentent pour qu'ils prennent conscience qu'il existe une MDA, lieu « neutre » où ils peuvent venir, pousser la porte et déposer leur parole en toute confiance et en toute confidentialité.

[84] Cet « aller vers » requiert une importance capitale pour la grande majorité des MDA comme a pu le constater la mission. Cette manière de fonctionner a donné naissance à une nouvelle ambition, issue de la réalité de terrain, les « équipes mobiles ».

[85] Créés en 2003 les Points Info famille (PIF) visent à soutenir les familles, en facilitant l'accès des parents à l'information, en simplifiant leurs démarches administratives et en les orientant si besoin. Ils doivent articuler leurs interventions avec les différents services publics, les associations et autres prestataires qui peuvent intervenir dans le quotidien d'une famille. Localement ils peuvent être accueillis au sein des locaux d'une UDAF (Union départementale des Associations Familiales) où la permanence est assurée par au moins une personne qui a la charge à la fois de construire le réseau de partenaires, dans la proximité, et aussi d'accueillir et renseigner les parents (ou grands parents).

[86] Les MDA font partie des partenaires locaux actifs dans le domaine du soutien aux parents, comme constaté sur le terrain et souligné par l'UNAF (Union nationale des Associations Familiales). Elles constituent un complément précieux aux interventions des PIF et des Maisons pour les Familles.

[87] Les MDA ont su développer des projets communs et conduisent à renouveler le regard sur les questions de la parentalité.

Une assistante de service social travaillant à mi-temps pour un espace d'accueil enfants (de moins de 6 ans) parents et à mi-temps pour une MDA indiquait à la mission: « *il faut établir un pont entre les actions de soutien à la parentalité pour les jeunes parents et pour les parents d'adolescents. Ce sont les mêmes parents, c'est la même posture éducative. L'âge des « enfants » modifie peu la donne. Quand j'interviens après de jeunes parents, je me dis que cela va leur profiter pendant 5 ans, 10 ans, 20 ans ou plus* » Et cette professionnelle ajoutait : « *pour les parents qui rencontrent des problèmes sérieux avec leurs enfants ou qui se font un souci exagéré, heureusement qu'il y a la MDA. Sinon, je ne saurais pas quoi faire* »

- [88] Les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) sont issus d'initiatives au cours des années 1990, quand des acteurs de terrain (d'associations de quartier, de Missions Locales, des intervenants en toxicomanie ...) ont senti la nécessité de créer des espaces où les jeunes dont ils s'occupaient puissent venir « poser leurs maux ». La « Consultation des jeunes » (en 1995) confirme ce besoin de lieux d'écoute, à l'écart des parents et de l'école qui conduit à création de deux dispositifs : les Points d'Accueil pour les Jeunes (PAJ) pour les adolescents de 10 à 25 ans (circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 du Ministère du travail et des affaires sociales) ; les Points Ecoute pour les Jeunes (PEJ) et/ou Parents (circulaire n°097/280 du 10 avril 1997 du Ministre de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration). Mais ces dispositifs d'accueil généraliste, pour tous les jeunes, ont de fait reçu en majorité un public certes de jeunes mais très marginalisés avec des problématiques spécifiques (toxicomanie, errance, marginalisation...).
- [89] Aussi, un repositionnement des dispositifs après une fusion de ceux-ci a été décidée et organisée par la 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 (PAEJ) Ce sont des structures d'accueil, d'écoute et d'orientation pour les jeunes de 12 à 25 ans. L'accueil est sans rendez vous, gratuit et confidentiel. Les PAEJ sont destinés à tous les jeunes qui souhaitent une réponse pour toutes informations ou un appui quand ils rencontrent des difficultés (relations conflictuelles avec l'entourage, mal être, souffrance, dévalorisation, sentiment d'échec, difficultés scolaires...).
- [90] Les PAEJ sont souvent portés par des structures associatives, ils ont aussi vocation comme le précise la circulaire DGAS du 6 janvier 2005 qui prévoit un plan triennal (2005-2007) de création de 300 PAEJ « à inscrire systématiquement leur action dans un réseau, dont celui des Maison des Adolescents, là où il existe, et dont ils peuvent constituer une expression avancée en direction de jeunes non pris en compte dans le contexte actuel ».
- [91] Ainsi, les MDA et les PAEJ ont en commun le même public. Les formes de partenariats peuvent être multiples et intéressants notamment en raison du maillage d'un territoire. En effet, les PAEJ sont présents dans certaines communes éloignées (en milieu rural) par le biais d'antennes (ou de permanences). Ils sont parfois le seul lieu où les jeunes peuvent trouver des premières réponses. Mais la mission a pu aussi observer, dans certaines MDA qu'elle a visitées un PAEJ intégré « dans les murs de la MDA », le partenariat se traduisant par la tenue de permanences dédiées en contrepartie desquelles le PAEJ participe au financement de la MDA.
- [92] Les équipes des deux dispositifs peuvent élaborer des stratégies d'actions collectives ciblées en direction des adolescents (sensibilisation aux produits illicites, sexualité, violence ...) et/ou en direction des parents. Par ailleurs, des jeunes reçus par le PAEJ peuvent être orientés vers la MDA, facilitant ainsi le parcours de prise en charge de ces adolescents en difficulté. Ces formes de partenariat sont très diverses, d'un département à un autre y compris dans une même région<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Ceci est clairement présenté et illustré dans le cas de la Bretagne, dans 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 ; EHESP (école des hautes études en santé publique) ; mars 2013

[93] Les PAEJ peuvent être soutenus financièrement par de multiples financeurs tels l'Etat, les divers niveaux de collectivités territoriales, des organismes publics, notamment dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale, etc ; ce qui aurait dû permettre la création des 300 PAEJ prévue dans la circulaire de 2005.

[94] Au contraire, ces dernières années plusieurs centaines de PAEJ, parmi les 1 500 recensés en 2011, ont dû cesser leur activité ou la réduire drastiquement<sup>26</sup> faute de moyens financiers suffisant pour assurer les dépenses nécessaires à leur fonctionnement. Le basculement en 2011, sur le programme 177 « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » du financement des PAEJ a permis un transfert budgétaire vers d'autres types de structures des crédits (7,4 M€) initialement prévus pour eux ; les crédits 2012, rétablis sur le programme 106 « actions en faveur des familles vulnérables » ont été fixés à hauteur de 5 M€ et il en est de même dans la loi de finances pour 2013.

[95] Les Espaces Santé Jeunes (ESJ), derniers dans l'ordre des présentations, sont aussi parmi les plus anciens types de structures car ils voient le jour grâce aux appels à projets successifs (1997-1999-2002) de la Fondation de France dans le cadre de son programme « santé des jeunes ». Ils ont préfiguré les MDA mais, aujourd'hui, si leurs objectifs affichés sont très semblables à ceux d'une MDA, leur réalité est plus proche de celle d'un PAEJ (le territoire d'action de toutes les ESJ est, au plus, à la taille d'une commune ou de plusieurs communes en zone périurbaine).

En outre, ils ne sont plus en 2013 que 30 au total (y compris certains ESJ devenus MDA) ; un tiers de ces ESJ est situé dans le département des Hauts de Seine ; un quart dans le département des Bouches du Rhône. Dans deux départements dans lequel la mission s'est déplacée, l'articulation entre ESJ et MDA était manifestement difficile (voire impossible), les ESJ voyant les MDA comme des concurrents.

---

<sup>26</sup> Compte tenu des différents chiffres avancés, la mission n'est pas en mesure de fournir le nombre exact de fermetures de PAEJ au cours des trois dernières années



## DEUXIEME PARTIE : L'ADAPTABILITE DU CADRE DE FONCTIONNEMENT DES MDA A SERVI LEUR DEVELOPPEMENT

[96] Les MDA étudiées sont des organisations dont la nature juridique, les financements et l'organisation sont très divers et spécifiques, avec un point commun : leur adaptation au contexte local.

[97] Le tableau suivant résume des données recueillies et illustre cette diversité. Il est établi « à grands traits » car les données qui figurent dans les documents transmis à la mission sont très divers et ont donc été recoupés afin de décrire, de façon homogène, la réalité (ex. : prise en compte de certains personnels hospitaliers dans les effectifs et leur valorisation dans les financements ; mise à disposition de locaux non comptabilisée ou estimée de façon approximative ....)

Tableau 1 : Nature juridique, total des financements et effectifs en personnels des MDA dans lesquelles la mission IGAS s'est déplacée

<b>MDA</b> <i>l'ordre de présentation est effectué par total des financements décroissants<sup>27</sup></i>	<b>Nature juridique</b> <i>-PA = pas d'autonomie, vis-à-vis d'un CH -SC = simple convention -GCS - GIP -association</i>	<b>Total des financements</b>	<b>Effectifs de la MDA</b> <i>(en ETP)</i>	<b>Effectifs de la MDA</b> <i>(en nombre d'intervenants)</i>	<b>Nombre d'habitants</b> <i>(dans le territoire d'intervention de la MDA)</i>
<b>A</b>	Association	950K€	18	35	600 000
<b>B</b>	P. A., mais GCS en vue	950K€	11	19	650 000
<b>C</b>	P. A.	800K€	9	18	600 000
<b>D</b>	GIP	800K€	14	23	1 300 000
<b>E</b>	Mutualité	570K€	9	19	1 300 000
<b>F</b>	SC	400K€	6	9	400 000
<b>G</b>	Association	300K€	5	11	400 000
<b>H</b>	Association	300K€	6	10	600 000
<b>I</b>	GCS	250K€	4	10	600 000
<b>J</b>	Association	185K€	5	13	250 000

Source : Mission IGAS

[98] Après avoir observé la diversité des statuts juridiques des MDA ainsi que de leur organisation et leur pilotage (1) puis l'hétérogénéité de leur financement (2), la palette des métiers des professionnels qui travaillent dans les MDA sera décrite (3). Enfin, sera présenté le développement du nombre de MDA au cours des années récentes (4)

<sup>27</sup> La mission n'ayant pas une vocation d'audit, mais d'évaluation d'une politique publique les noms des MDA correspondant ne sont pas indiqués ici.

## 1. LA NATURE JURIDIQUE DES MDA, LEUR ORGANISATION, ET LEUR PILOTAGE

[99] L'organisation des MDA visitées est influencée par la nature juridique de l'organisme support, mais des éléments de contexte apparaissent tout aussi déterminants. Quant à la participation des partenaires de la MDA à son pilotage stratégique, il est partout important.

### 1.1 La nature juridique des MDA

[100] Le cahier des charges ne fixe aucune règle pour la nature juridique de l'organisme qui est responsable de la MDA. Ainsi la mission s'est rendue dans des MDA dont le « gestionnaire » est :

- Une association gérant un réseau de santé
- Une association dont le principal objet associatif est la MDA
- Une mutuelle
- Un établissement de santé
- Un groupement de coopération sanitaire
- Un groupement d'intérêt public (GIP)

La logique de création d'une MDA par convention entre un établissement de santé et un conseil général lui a également été présentée.

[101] Ce qui apparaît le plus déterminant est :

- le nécessaire soutien, venu des pouvoirs publics, au dynamisme d'un porteur de projet ayant une capacité fédératrice ; la forme juridique qui concrétise cette volonté a une importance secondaire, même si, en général, cette forme juridique initialement choisie pour créer la MDA perdure ;
- l'influence modérée qu'exerce la nature juridique de la MDA sur les missions qu'elle remplit ; en effet, le cadrage des missions des MDA et le rôle du Comité de pilotage évitent, notamment, une trop grande influence d'un CH qui sert de structure juridique support.

[102] En termes de souplesse de gestion, la mission a observé des différences selon les MDA, notamment quant à leur capacité et/ou leur habileté pour :

- développer des actions innovantes, partenariales ;
- mobiliser des ressources d'origines diverses.

[103] Au contraire, apparaît une nette distinction entre MDA selon la part des crédits stables (tels ceux venant de l'assurance maladie via l'ARS ou d'un conseil général, des communes, ...) dans le total des ressources. La précarité dans les moyens de fonctionnement est un handicap pour l'emploi de personnel qualifié et pouvant s'investir dans la construction de relations avec les partenaires. Elle apparaît contradictoire avec la mise en place d'actions répondant à des besoins qui sont appelés à perdurer pendant plusieurs années.

[104] En conséquence, pour l'avenir, quelques principes devraient guider les choix des ARS :

- pour les MDA déjà existantes :
  - le pragmatisme, en respectant les dynamiques spécifiques à chaque MDA ;
  - la nécessité de bien veiller à ce que les MDA qui sont directement rattachées à un établissement de santé ne soient pas « prisonnière de l'orbite hospitalière » et que leur fonctionnement soit bien inscrit dans une logique de territoire.
- pour les « nouvelles » MDA à créer :
  - le pragmatisme, ici aussi, car la mission a observé pour plusieurs MDA nouvelles ou qui pourraient être créées, la fragilité des dynamiques en œuvre. Des obstacles institutionnels ou de prérogatives personnelles peuvent prévaloir, sous couvert de « bonnes raisons » telles que l'existence de dispositifs proches ou des coûts supplémentaires ;
  - la diversité de la gamme des solutions juridiques possibles et qui toutes peuvent fonder un dispositif MDA.



- [105] Mais, si plusieurs formes juridiques de MDA sont possibles, la solution GIP apparaît la plus prometteuse<sup>28</sup>. En effet :
- elle permet un regroupement pérenne (les GIP ne sont plus à « durée limitée » depuis la loi n°2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit ; voir, articles 98 et suivants<sup>29</sup>) de partenaires divers ce qui permet donc d'établir des modalités de financement stables ;
  - ces partenaires peuvent être publics (établissements de santé ; collectivités territoriales ; Etat, ...) ou privés (associations ; établissements médico-sociaux ; ...)

## 1.2 L'organisation des MDA

- [106] Les 9 MDA visitées sont toutes (hors la Maison de Solenn à Paris) des organisations de petite taille : de l'ordre de 10 à 20 intervenants, dont 6 à 15 à temps complet ou mi-temps. Le nombre de partenaires avec lesquels ou auprès desquels des actions sont conduites est de l'ordre de 50 à 100.
- [107] Le nombre de lieux d'intervention « physique » de personnels de la MDA (hors intervention auprès de personnels d'établissements sociaux, médico-sociaux ou d'enseignement) est lui aussi limité :
- 1 ou 2 lieux d'accueil et d'écoute de jeunes et ou de leur parents et/ou d'intervention, « sous enseigne MDA » ; ainsi certaines MDA se qualifient de « bi-sites » ;
  - de l'ordre de 5 à 10 autres lieux où interviennent des personnels de la MDA.
- [108] Le management de l'équipe, la gestion du budget (et voir ci-après 2) ou l'organisation matérielle requièrent des compétences que possédaient tous les responsables (appelés aussi « directeur » ; « coordonnateur », ...) des MDA rencontrés par la mission et expliquent que ceux/celles-ci :
- soient tous à l'aise dans leur mission et avec les membres de leur équipe notamment en expliquant clairement la stratégie de leur MDA, les relations avec les partenaires, etc. Tous ont formalisé des organigrammes simples et efficaces ainsi qu'établi des rapports d'activité détaillés ;
  - soient de métiers et formation divers : cadre de santé, cadre supérieur de santé, éducateur spécialisé, médecin, psychologue formé à la santé publique, sociologue ...
- [109] Mais, dans certaines MDA, le responsable de la MDA consacre presque tout son temps de travail à des tâches d'organisation. Au contraire, dans d'autres, soit la volonté (et la technicité) du responsable soit les besoins opérationnels de la MDA, conduisent celui-ci à exercer des fonctions d'écoute et/ou d'intervention. La mission ne se prononce pas sur cette alternative, car des situations locales (et/ou personnelles) peuvent dicter des choix. En effet, notamment dans une « petite » MDA, l'intervention personnelle auprès des jeunes et leur parents (et les autres intervenants professionnels) peut renforcer la légitimité d'un responsable dans ses contacts extérieurs.

---

<sup>28</sup> Le rapport des CGES Marc BUISSON et Francis SALLES, en 2009, recommandait la forme GIP pour la création de MDA. Quant à l'idée consistant, de façon similaire aux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), à constituer une catégorie d'établissement ou service au sein du code de la santé publique, elle apparaît séduisante mais présente des inconvénients décrits dans l'annexe 5

<sup>29</sup> Et voir aussi les textes récents que sont le décret n° 2013-292 du 5 avril 2013 relatif au régime de droit public applicable aux personnels des groupements d'intérêt public et L'instruction du 27 février 2013 du ministère de l'économie et des finances relative à la création d'un statut commun des GIP

### 1.3 Le pilotage de chaque MDA

- [110] Le cahier des charges précisait la nécessité de créer un comité de pilotage dans la phase d'élaboration du projet, puis de constituer un comité de suivi, dans la mise en œuvre. (voir point 6 et 7 du cahier des charges).
- [111] Les termes de ce cahier des charges à la fois sont clairs et permettent des adaptations locales. Après avoir indiqué que les acteurs principaux qui participent au projet de mise en place d'une maison des adolescents sont les professionnels de santé, de l'hôpital et de la ville ; l'Etat : Santé, Action sociale, Education nationale, Justice (procureur, protection judiciaire de la jeunesse) et l'Assurance Maladie ; les collectivités territoriales et le secteur associatif, était indiqué :
- comité de pilotage (dans la phase d'élaboration du projet) : Les acteurs principaux formalisent leurs apports et leurs engagements respectifs par voie de convention. Ils veillent à associer l'ensemble des professionnels concernés par l'adolescence : représentants d'institutions (culture, sport, police et gendarmerie, missions locales), du monde associatif et du secteur privé ... ;
  - comité de suivi (après la mise en œuvre) : Les partenaires ayant conventionné en vue de la création d'une maison des adolescents ... peuvent s'adjoindre des représentants d'institutions et d'associations concernées par l'adolescence.
- [112] En général, l'expression « comité de pilotage » est demeurée après la création des MDA (et n'a donc pas été remplacée par « comité de suivi »), tant par habitude de la dénomination d'une instance de réunion relative à un dispositif qu'en raison du sens des mots « suivi » / « pilotage ».
- [113] Dans toutes les MDA, ces « comités de pilotage » se réunissent environ à un rythme trimestriel et rassemblent autour d'une même table les représentants des institutions ou organisations énumérées par le cahier des charges.
- [114] Cette organisation satisfait les responsables rencontrés. Elle est une garantie de la solidité des partenariats ; elle permet de résoudre les éventuelles difficultés ; elle permet de faire progresser des nouveaux projets. Le rôle des ARS, au travers leur délégation territoriale y apparaît essentiel, non seulement étant donné son rôle institutionnel, mais aussi parce que c'est l'ARS qui est le principal financeur dans chacune des MDA étudiées.

## 2. DES DIFFERENCES IMPORTANTES DANS LES FINANCEMENTS

- [115] Le tableau n° 1 montre la différence très importante entre les budgets des MDA : environ un rapport de 1 à 5. Mais quand ces montants financiers sont rapportés au nombre d'adolescents, jeunes adultes ou leurs parents du territoire couvert par une MDA (un département ou une partie du département) l'écart se réduit de 1 à 2,5.
- [116] De même des différences sont sensibles entre le nombre de financeurs : certaines MDA tiennent leurs ressources d'environ 10 sources de financement, pour d'autres ce nombre s'élève à plus de 30<sup>30</sup>. Ceci s'explique par des raisons historiques ou stratégiques trouvant leur origine dans les MDA elles-mêmes et/ou celle de certains financeurs.

### 2.1 Les sources traditionnelles de financement par la Sécurité sociale et l'Etat

- [117] Les MDA qui se sont constituées depuis 2005, dans le cadre du programme de création de MDA, ont bénéficié d'aides publiques prévues en marge du cahier des charges :

---

<sup>30</sup> Le nombre de responsables de décisions de financements est aussi très important (de l'ordre de 20 à 50, étant donné les circuits décisionnels).

- une aide au fonctionnement (156.000€; cadre ONDAM) reconductible. Cette aide a été systématiquement apportée, mais quelques fois minorée ; les dernières MDA qui en ont bénéficié sont devenues opérationnelles fin 2012, début 2013 ;
- une aide à un réseau auquel une MDA pouvait être adossée (52 000€; cadre FIQS) ; ici aussi, la règle a été appliquée ;
- une aide au démarrage, pour un investissement nécessaire afin d'entrer dans des locaux adaptés (total des financements apportés entre 2005 et 2010 : 12 644 812€).

L'enquête Flash réalisée en 2011 par la DGCS et la DGOS a permis de vérifier la bonne application de ces règles.

- [118] A ces aides « systématiques » et dédiées aux MDA, se sont ajoutés :
- des crédits accordés préalablement à un PAEJ dont les missions avaient été reprises par la MDA nouvellement constituée ;
  - des crédits destinés à des actions dans le cadre de la politique de la ville<sup>31</sup> ;
  - des apports en personnels mis à disposition par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), l'Education nationale (EN) ... ;
  - des apports issus de centres hospitaliers (voir ci-dessous).

## 2.2 Les apports des établissements de santé ou transitant par des établissements de santé

- [119] En préalable, il est nécessaire de préciser que les 156 000€ déjà cités, relevant, par construction budgétaire, de l'ONDAM hospitalier, ne pouvaient pas être versés directement à une MDA, sauf si celle-ci est une émanation juridique d'un établissement de santé.
- [120] Les apports des établissements de santé ou transitant par des établissements de santé sont donc d'une autre nature. Ils peuvent se matérialiser dans des locaux, l'hébergement d'un site internet ; ils peuvent aussi et surtout se concrétiser par :
- l'affectation d'une dotation MIG correspondant à une/des activités de la MDA ;
  - la mise à disposition de personnels.
- [121] Or, un montant de 100 K€(ou sa traduction en ETP) est un enjeu financier très faible pour un centre hospitalier (CH), même si sa gestion économique doit être extrêmement rigoureuse. Interrogés sur ce point, cinq directeurs de CH dont les totaux des charges/produits de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) s'étagaient entre 100 M€et 300 M€, ont sans ambiguïté affirmé que, quelles que soient les contraintes financières auxquels ils devaient faire face, 100K€ reste une somme très modeste, « c'est moins de 0,05% de mon budget » constatait l'un d'eux.
- [122] Dès lors, c'est une question de convergences de volontés qui se pose aux responsables (directeurs et responsables médicaux) des établissements de santé, que ces établissements soient uniquement consacrés à la santé mentale ou que les services de psychiatrie ne concernent qu'une partie de son activité, à côté notamment de services de médecine et de pédiatrie :
- soit ces responsables ont la volonté que leur hôpital s'ouvre vers les questions de santé des adolescents, avant que ceux-ci n'arrivent à l'hôpital, très souvent « en urgence » avec des problèmes graves (de nature psychique ou liée au psychisme, dont les troubles des conduites alimentaires ...) et, dans ce cas, des moyens peuvent être trouvés pour que le CH contribue à la MDA ;
  - soit ces responsables sont focalisés à l'excès sur le fonctionnement de leur services (hospitalisations et consultations) et leurs vues ne les portera pas vers la MDA.
- [123] Cette deuxième branche de l'alternative peut résulter d'une vision réductrice de ce que doit être un CH, cependant la mission a pu observer :
- dans deux départements, que des responsables hospitaliers avaient conservé irrégulièrement dans leur compte, pendant une ou plusieurs années, pour des raisons discutables, la dotation de 156K€dont ils auraient dû faire usage pour la MDA ;

---

<sup>31</sup> Mais ces crédits ne financent pas automatiquement des actions pour des jeunes habitant ces quartiers prioritaires.

- dans un CH, la position très restrictive d'un nouveau chef de pôle, essentiellement intéressé par certaines prises en charge nécessitant d'importants moyens humains.

### 2.3 Les contributions des collectivités territoriales

- [124] Au moins deux des trois types de collectivités territoriales (Communes / Intercommunalités ; Conseil général ; Conseil régional) sont partie prenantes dans l'organisation de chaque MDA, dans son comité de pilotage, voire apportent des contributions financières ou humaines à son activité.
- [125] Derrière le constat de cet engagement se trouvent des réalités très diverses, qui vont :
- de l'impulsion d'une dynamique de création et de développement de la MDA (ainsi en Loire Atlantique, le conseil général et les communes de Nantes puis de Saint Nazaire et leur intercommunalité ont porté la création de la MDA et l'ont intégrée dans leurs politiques jeunesse, santé et ville ; dès lors, il n'est pas surprenant que ces collectivités apportent près de 40% des ressources de la MDA<sup>32</sup>) ;
  - à une vision restrictive de certaines collectivités, prêtes à se réfugier derrière des positions « juridiques » (ainsi certains conseils généraux mettent en avant le principe que la MDA est destinée à tous les adolescents et jeunes adultes. Ils en déduisent que même si un pourcentage important des jeunes (et/ou leurs parents) accueillis, écoutés, orientés (voire bénéficiant d'une intervention telle qu'un groupe de parole) par la MDA relève de la protection de l'enfance (ou sont pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance -ASE), pour autant, ils n'ont pas à participer au fonctionnement de la MDA.
- [126] Le tableau suivant vise à rendre compte de l'importance de la participation des collectivités territoriales au travers de leur contribution financière, de la mise à disposition de personnel et de la location à prix très préférentiel (voire gratuit).

Tableau 2 : L'importance de la participation des collectivités territoriales au fonctionnement des MDA

MDA même ordre de présentation que dans tableau n°1	Total des collectivités territoriales	participation des divers types de collectivités territoriales			
		Commune(s)	Inter- communalité(s)	Conseil général	Conseil régional
E	+++	++	++	++	+
B	0		+	0	0
A	+	+	+	+	0
H	+++	+	+	+	0
I	+	+	+	+	0
C	++	+	+	++ +	++
J	++	++	+	+	0
D	+	+	+	+	++
F	+		++	0	0
G	+	+	+	++	+

Source : Mission IGAS (pour modalités de lecture – voir pages suivante)

<sup>32</sup> Deux autres départements méritent d'être cités : dans l'un, le conseil général a décidé de créer, dès 2007 une « maison de l'adolescence » financée à 100% par ce département, mais son mode de fonctionnement diffère légèrement de celui d'une MDA ; dans l'autre, c'est le conseil général lui-même qui est porteur d'une MDA respectant le cahier des charges.

**Modalités de lecture du tableau :**

- pour le total des collectivités territoriales : +++ = contribution importante (plus de 30% des moyens de fonctionnement) ; ++ = contribution significative (entre 15% et 30%) ; + : contribution modeste (entre 2% et 15%) ; 0 = aucune contribution ou très faible
- pour la participation des divers types de collectivités territoriales les indications +++ , ++ , + et 0 n'ont qu'une valeur indicative (= sans référence à une valeur chiffrée)

- [127] Ainsi, dans les MDA étudiées par la mission :
- 2 MDA bénéficiaient d'une aide limitée d'un seul type de collectivité territoriale et en étaient freinées pour développer leurs actions ;
  - 3 MDA étaient très fortement soutenues par 3 types de collectivités territoriales ce qui leur permettait de développer leur action sur des territoires éloignés, par la distance géographique ou sociologique, du site d'implantation principal de la MDA et évite ainsi des phénomènes de « non recours » pour des jeunes (et leurs parents).
- [128] Cependant, si la mission a noté que des crédits CUCS (contrats urbains de cohésion sociale) permettaient que des actions soient développées dans des quartiers relevant de la politique de la ville, elle en déduit aussi une situation paradoxale. Ces crédits ne permettent que de rétablir le « droit commun » alors qu'ils devraient permettre un renforcement de l'action dans ces quartiers.

## 2.4 Les aides des fondations

- [129] Deux fondations ont particulièrement soutenu les MDA : la Fondation de France et la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France<sup>33</sup>.
- [130] La Fondation de France a développé, depuis les années 1990, un axe d'interventions, en France, dans le domaine de la santé. Ces financements de la Fondation de France sont accordés, après « appel à projets » sur des thèmes bien précis, déterminés par des comités d'experts et renouvelés progressivement chaque année. Ainsi par exemple, un « appel à projets » dont les dossiers doivent être adressés avant le 21 juin 2013, porte sur « Maladies psychiques et vie sociale », avec les précisions complémentaires suivantes : « *projets innovants qui s'appuient concrètement sur un travail d'accompagnement concerté entre le médical, le social et le médico-social. Ceux-ci associent autant que possible les usagers et leur famille* »<sup>34</sup>.
- [131] Au cours des cinq dernières années, plusieurs des thèmes choisis ont permis à des MDA de bénéficier de financements additionnels pour des actions spécifiques et une durée limitée (en général 3 ans). Etant donné l'hétérogénéité des bénéficiaires des appels à projets (ainsi que de la diversité des statuts juridiques des MDA) et la diversité de ces appels à projets, seule une estimation du montant total des aides reçues par des MDA peut être fournie (de l'ordre de 200K€).
- [132] La Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France a été pionnière pour les MDA qui entrent parfaitement dans son objet social défini lors de sa création en 1989. Son « programme Adolescents » a permis de subventionner plus de 50 MDA depuis 2004, pour un montant total d'environ 8 M€(hors Maison de Solenn à Paris). Ses aides au démarrage des MDA atteignent ainsi un montant comparable à celui apporté par d'Etat. D'ailleurs, une convention<sup>35</sup> avait été signée en mai 2005 entre le ministre des solidarités et de la famille et la présidente de cette fondation.

<sup>33</sup> Ainsi que, avec une ampleur beaucoup plus faible, la Fondation Jean-Marie BRUNEAU qui contribue à des programmes de la Fondation de France, sous l'égide de laquelle elle est placée

<sup>34</sup> Dès 1993 et plus encore par 3 appels à projets (en 1997, 1999 et 2002) dans le cadre de son programme « Santé des Jeunes » la Fondation de France a financé la création de lieux destinés à faciliter l'accès des jeunes aux services de soins et à les sensibiliser à leur propre santé ; ces lieux ont été dénommés « Espaces Santé Jeunes »

<sup>35</sup> Une « convention cadre » sans portée opérationnelle et qui n'a d'ailleurs pas été suivie par les services du ministère ni renouvelée, alors qu'elle pouvait l'être

- [133] L'intervention de ces fondations a permis de donner une visibilité aux besoins d'interventions portées par une MDA et de conforter le concept de MDA<sup>36</sup>. L'écart financier entre les apports de la Fondation de France et ceux de la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France n'en est pas moins considérable mais, dans tous les cas, leurs subventions produisent un « effet de levier » pour les MDA qui en bénéficient.
- [134] Les moyens de fonctionnement des MDA sont en effet, dans presque tous les cas, très faibles en regard des enjeux et des missions qu'elles peuvent développer. Ils sont au surplus fragiles.

## 2.5 L'indispensable consolidation des ressources MDA

- [135] Les apports financiers des ARS sont non seulement majoritaires (ou au moins prépondérants) dans les ressources des MDA mais ils jouent aussi le rôle de clef de voute pour les apports des autres financeurs.
- [136] Le seul financement stable et pérenne de chaque MDA, apporté par l'ARS, est une dotation de 156K€ versée à un établissement de santé pour le fonctionnement de la MDA. Mais la mission a constaté que des choix avaient été réalisés :
- une ARS a estimé que l'envergure des actions d'une MDA sur l'ensemble d'un grand département, en relation avec deux important centres hospitaliers, permettait de considérer que deux dotations de 156K€soient versées à cette MDA ;
  - au contraire, une autre ARS a réduit ce montant presque de moitié, en raison de son appréciation de l'envergure des actions de la MDA.
- [137] Un autre financement, a priori stable, pouvait être accordé aux réseaux de santé support d'une MDA, à partir du FIQS (fonds d'intervention pour la qualité des soins) pour un montant maximal de 52K€ Cette autre source de financement a aussi été utilisée par les décideurs (ARH-DDASS-...) et maintenant les ARS, de façon non systématique. La circulaire du 14 mai 2013 (déjà citée) sur les modalités de mise en œuvre du FIR en 2013 n'apporte pas de nouvelle précision, ni de garantie au maintien de ce type de financement.
- [138] D'autres financements sur projets sont aussi décidés par les ARS ; mais par construction, ils visent un objet bien précis et ne présentent aucune garantie de pérennité. Cependant, ils contribuent à ce que la MDA remplisse ses missions et facilitent l'atteinte d'un équilibre financier global de la MDA.
- [139] Les engagements des collectivités territoriales pourraient se trouver théoriquement mis en cause chaque année, mais, au dire des responsables des MDA rencontrés, bénéficient des résultats démontrés par les MDA. Ainsi, ces crédits sont stables, voire en hausse et d'autant plus si la MDA est portée par un GIP.
- [140] Les apports de services de l'Etat sont apparus « volatils » :
- réduction de la quotité horaire de personnels mis à disposition par la PJJ ou l'Education nationale ;
  - coupe dans les budgets de PAEJ dont bénéficiaient certaines MDA ;
  - durée limitée des apports par le « Fonds d'expérimentation pour la jeunesse ».

---

<sup>36</sup> Avec cependant un effet paradoxal suscité par l'ampleur de la Maison de Solenn : cette structure, implantée à Paris, ce qui en accroît la forte visibilité issue tant de ses promoteurs que de son emplacement et son architecture a bénéficié de financements et de conditions de fonctionnement exceptionnels tant de la part de la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France que de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Si bien que pour de nombreux responsables, la représentation de ce qu'est une MDA est biaisée par l'image de ce « vaisseau amiral ».

[141] Le nombre de sources de financements des MDA étudiées va de 10 à 30 lignes distinctes. Cette réalité s'explique par le montant souvent très réduit et la faible stabilité de nombreux apports financiers. Elle ne constitue pas un problème « en soi », voire le contraire car elle démontre la multiplicité des institutions intéressées par une MDA ou des types d'actions qui peuvent attirer leur attention. Mais elle représente une « tâche administrative » en secrétariat qui conduit au paradoxe suivant : une organisation légère qui doit être tournée vers les personnes (adolescents, jeunes et leurs parents) et les professionnels mais qui, pour fonctionner, doit accorder la plus grande attention à des activités gestionnaires, faute de quoi, son existence est menacée.

[142] Dès lors, il apparaît légitime de franchir une nouvelle étape, reprenant l'esprit du cahier des charges de 2005 et en tenant compte des réalités observées :

- un financement « de base » élargi, pour assurer le cœur de la mission ;
- des financements additionnels pour développer des actions.

[143] Le financement « de base » devrait être assuré :

- principalement : par l'ARS, sur l'ONDAM et le FIR
- de façon systématique : par les conseils généraux, au titre de leur mission de protection de l'enfance ;
- de façon complémentaire (et au prorata de leur population<sup>37</sup>) : par les communautés de communes, d'agglomération, urbaines (ou les métropoles).

Le montant total de ces financements doit lui permettre d'assurer ses activités « normales » et donc étendues : accueillir, écouter et évaluer (et le cas échéant, soutenir temporairement et/ou orienter vers une prise en charge adaptée), conforter les divers intervenants au contact des adolescents et des jeunes, susciter et faire vivre les réseaux formels ou informels.

Pour cela, toute MDA a besoin d'un montant minimal de moyens financiers (hors interventions de professionnels mis à dispositions) d'au moins 300K€<sup>38</sup> pour un territoire de 400 000 habitants (pour mémoire, 40% des départements français ont une population de 400 000 habitants ou inférieure à ce chiffre).

[144] Les financements additionnels permettant de développer des actions, pourraient également venir de ces mêmes financeurs et d'autres financeurs. C'est une des forces des MDA de constituer des lieux de regroupement d'acteurs, prêts à apporter des solutions, à condition de pouvoir développer un projet qui, une fois bâti pourra être géré par une institution. Mais, la construction de projets ne doit pas représenter, par les financements qu'elle apporte à une MDA, la condition de son existence.

---

<sup>37</sup> Selon un mode de calcul qui pourrait s'inspirer du financement des Missions locales.

<sup>38</sup> Ce montant indicatif doit tenir compte du total des financements des PAEJ et voir annexe 4

### 3. DES PROFESSIONNELS DE DIVERS HORIZONS INTERVIENNENT DANS CHAQUE MDA

- [145] Une des forces des MDA est leur capacité à fédérer et à animer un réseau de partenaires diversifiés ce qui leur permet d'offrir un plateau de « prestations » multiples et complémentaires pour une prise en charge globale des jeunes en difficulté et de participer à la « montée en compétence » des acteurs travaillant dans le domaine de l'adolescence Cette diversité des métiers composant le réseaux, est le reflet de la composition des équipes des MDA.
- [146] Selon les MDA visitées, les effectifs peuvent variées de 5 à 18 ETP ce qui représentent de 9 à 35 intervenants (voir tableau 1). Sur ces effectifs, hormis la direction et le secrétariat, les professionnels qui composent l'ensemble de l'équipe des MDA sont souvent mis à disposition sur des temps dédiés par leurs institutions respectives ou interviennent à la vacation.
- [147] Dans cette équipe construite sous la responsabilité du Comité de Pilotage de la MDA et selon les possibilités financières, figurent d'abord des intervenants « historiques » qui, souvent, ont participé à la création du dispositif. D'autres intervenants viennent étoffer l'équipe, au fur et à mesure de l'évolution du projet MDA et des besoins constatés.
- [148] La composition des équipes des MDA comprend, toujours, une part importante de personnels mis à disposition par des établissements de santé et/ou l'Education Nationale et/ou la PJJ et/ou le conseil général et/ou des associations d'aide à la parentalité et/ou le planning familial et/ou des missions locales et/ou des spécialistes médicaux ....
- [149] En termes de métiers, sont toujours présents, sous la responsabilité de direction-coordination de l'un d'entre eux : un médecin psychiatre (ou pédopsychiatre), un(e) infirmi(er)e, un(e) psychologue un(e) éducateur(rice) ainsi qu'une secrétaire. D'autres intervenants complètent l'équipe de « base » suivant les projets développés et les moyens disponibles : assistant de service social, gynécologue, nutritionniste, Cette diversité de métiers, permet aux MDA d'assumer deux types de fonctions, dans ses murs.
- [150] La fonction d'accueil et d'écoute : en général l'accueil est assuré par un professionnel intervenant seul. Il peut aussi être organisé en binôme : un adolescent peut être reçu par un psychologue et un assistant de service social, ou par un infirmier et un éducateur. Afin d'éviter les craintes que peuvent avoir des adolescents face au fantasme du « psy » et aussi de fausser d'entrée les futures relations entre un adolescent « demandeur » et ceux qui le prendra en charge, une des MDA visitée a fait le choix d'effacer les fonctions de son personnel intervenant à tour de rôle à l'accueil pour ne garder qu'une seule dénomination, celle « d'animateur ». Ce choix permet, selon le responsable de cette MDA, « *de rassurer l'adolescent déjà en mal être sans rajouter de l'angoisse ; il est plus tranquille et en confiance pour s'exprimer* ».
- [151] Certaines MDA ont mis en place un protocole « accueil et d'écoute » élaboré par l'ensemble de l'équipe, ce concept qui concentre toutes les questions à poser à l'adolescent en souffrance, permet de cerner le ou les problèmes qui mettent à mal les adolescents qui parfois ont du mal à exprimer spontanément de quoi ils souffrent et pourquoi. Deux ou trois entretiens peuvent être nécessaires, selon la perception des « accueillants-écoutants » qui peuvent faire appel à une autre compétence interne à la MDA pour mieux cerner la situation de l'adolescent, si besoin et après réunion de l'équipe pluridisciplinaire de la MDA.
- [152] La fonction d'évaluation et d'orientation, bénéficie de la diversité professionnelle des MDA. Dans un même lieu se retrouvent des compétences dans les champs sanitaire, social et éducatif. Peuvent s'y ajouter des interventions plus spécialisées, observées dans des MDA, telles que :
- des conseillers mis à disposition par une Mission Locale en renfort dans le domaine de l'« insertion sociale et professionnelle » à des jeunes en difficulté ;
  - une conseillère conjugale du planning familial ou une permanente de l'« école des parents et des éducateurs » (EPE) pour les questions de soutien à la parentalité au côté d'un psychologue de la MDA ;
  - des éducateurs en prévention spécialisée et des intervenants dans des associations de quartiers implantées dans des zones urbaines sensibles qui effectuent, de fait, un pré-accueil et un accompagnement utile pour les professionnels de la MDA ;



- un avocat qui défend les droits d'adolescent(e)s victimes de violence (cette MDA a mise en place une fois par mois une permanence assurée par un avocat qui reçoit l'adolescent après orientation par le professionnel qui est son référent).

[153] Cette extension de l'équipe de la MDA à d'autres professionnels intervenant ou mis à disposition crée des synergies. Ainsi, les personnels de la mission de la promotion de la santé de l'élève mis à disposition par l'Education Nationale sur des temps qui ont varié ces dernières années. (voir § 3.2 de la première partie) interviennent au sein de MDA et peuvent organiser la venue de membres de l'équipe de la MDA au sein des établissements scolaire ce qui rassure les enseignants et renforce leur capacité de « détecteurs de première ligne ».

[154] La fonction de secrétariat, enfin, est particulièrement sensible. Il ne s'agit pas d'un secrétariat traditionnel dans le sens ou la gestion de planning de rendez-vous pour l'accueil des adolescents et la tenue centralisée de dossiers nominatifs est extrêmement réduite. L'accueil en MDA est gratuit et anonyme et le suivi (pour quelques rendez-vous) des adolescents accueillis est le plus souvent assuré directement par les professionnels. La fonction secrétariat est surtout orientée vers le recueil d'informations auprès des intervenants de la MDA et de son réseau dans la perspective du rapport d'activité, pièce maîtresse pour l'obtention de financements<sup>39</sup>.

#### 4. LE DEVELOPPEMENT DU NOMBRE DE MDA ET LEURS ACTIVITES

[155] Le programme de création de MDA dans le respect du cahier des charges s'est traduit par un très net accroissement de leur nombre, Cependant, la succession d'étapes nécessaires à la co-construction d'une MDA rend approximatif tout comptage à une date donnée. Plus important est le mouvement qui devrait tendre à ce que tous les jeunes, leurs parents et les professionnels sur l'ensemble du territoire national, puissent disposer des services d'une MDA.

##### 4.1 Entre 2005 et 2013, de quelques MDA à près d'une centaine

[156] Lors de la Conférence de la famille de 2004, le concept de MDA est encore novateur<sup>40</sup>. Sont alors cités la MDA du Havre et le projet porté par la Fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France (et qui deviendra la Maison de Solenn).

[157] Entre 2005 et 2008, le mouvement de création de MDA est très rapide, si rapide d'ailleurs que le rapport de la DHOS de février 2009 (déjà cité) précise (p.6/58) : « *La liste fournie par les services de la DHOS, datée du 3 avril 2008, faisait apparaître 52 sites ; celle datée du 3 août 2008 recensait 65 sites et celle arrêtée au 3 décembre 2008 en comportait 68.* »

[158] Dans le bilan (déjà cité) dressé en 2011 du « programme 2005 – 2010 », la DGCS et la DGOS avaient demandé aux ARS des informations sur 100 dispositifs ayant bénéficié de financements de l'Etat et/ou de l'assurance maladie et avaient recensé 95 MDA auxquelles avait été attribuée une « aide au démarrage ».

[159] Mais parmi elles, 8 n'avaient pas encore commencé à fonctionner, alors même que des financements avaient été accordés, un, voire deux ou même trois ans auparavant. Plusieurs de celles-ci n'avaient toujours pas commencé à fonctionner en juin 2013. Au contraire, dans certains départements où ce bilan signalait que l'ouverture d'une MDA était prioritaire mais sans initiative connue de lancement d'un projet, l'ouverture d'une MDA s'est concrétisée en 2012 ou au cours des premiers mois de 2013.

<sup>39</sup> Ce travail minutieux, parce que les données sont éparées, nécessite une organisation et une vigilance pour bien prendre en compte et retranscrire l'ensemble des activités, refléter la vie de la MDA et mesurer l'intensité des actions menées.

<sup>40</sup> Même s'il convient de rappeler, ici aussi, les ESJ et les PAEJ

[160] L'exercice de comptage du nombre de MDA ne vaut donc qu'en tendance et avec un peu de prudence, car aucun recensement fiable n'est tenu au jour le jour ce qui serait un exercice de peu d'intérêt. En effet, certains responsables sont prêts à considérer qu'une MDA est créée, dès l'instant où un acte juridique officialise cette création à venir ; pour d'autre, l'inauguration des locaux et/ou le choix du responsable est le fait constitutif du démarrage de la MDA<sup>41</sup>. En réalité, une MDA est effectivement en fonctionnement quand :

- le responsable et la plus grande partie de l'équipe sont recrutés (ou mis à disposition) ;
- et ces professionnels sont installés dans un lieu ;
- et ces professionnels ont organisé suffisamment de réunions avec les autres intervenants locaux pour pouvoir remplir, à la fois leur rôle d'accueil-écoute-orientation des jeunes et des parents et leur rôle de soutien à ces professionnels ;
- et, enfin, des jeunes et/ou des parents sont accueillis par la MDA.

[161] A partir de la source que constitue l'annuaire mis en ligne par l'ANMDA et en complétant les informations qui y figurent, il est possible de constater, fin juin 2013 qu'environ 100 MDA peuvent être recensées<sup>42</sup>, dès lors que l'on considère :

- les MDA en fonctionnement depuis plusieurs mois ou années ;
- comme MDA, les sites de MDA « importantes » qui ont organisé dans des lieux géographiquement distants<sup>43</sup> du site principal, l'intégralité des services d'une MDA (dont la collaboration avec un établissement de santé en cas de besoin de prise en charge pour des soins) ;
- les MDA dont l'activité vient à peine de commencer ou va commencer au cours des semaines ou mois à venir.

[162] Ce nombre montre la poursuite de la croissance rapide de la création de MDA depuis 2008, mais doit être complété par les constats que :

- 11 départements français n'étaient pas dotés de MDA (10 d'entre eux sur le territoire métropolitain et 1 Outre-mer) ;
- dans de nombreux départements, le « rayonnement » de la MDA, tant en termes d'accessibilité des jeunes et de leurs parents que de mobilisation des professionnels ne s'étend que sur une partie seulement du territoire départemental.

## 4.2 Les difficultés rencontrées pour la création d'une MDA

[163] Les missions que doit assurer une MDA et les moyens dont elle dispose imposent un positionnement prenant habilement en compte de nombreux éléments de contexte. Le cahier des charges constitue une très utile référence et un soutien à ce processus de construction partenarial.

[164] Le cahier des charges apporte des précisions dans quatre paragraphes de son III « conditions requises » (et voir annexe 2), en décrivant successivement :

- l'analyse de l'existant et des besoins du territoire ;
- les acteurs et les compétences-clés ;
- l'élaboration du projet d'une MDA ;
- le suivi de la mise en œuvre.

---

<sup>41</sup> Les causes de cette urgence à affirmer l'existence d'une MDA qui n'est pas encore opérationnelle peuvent tenir à des raisons administratives (mise à disposition de crédits affectés par décision prise sur une base annuelle, ...), de médiatisation, etc

<sup>42</sup> A cette centaine de MDA, pourraient aussi être ajoutés quelques dispositifs qui ne sont pas reconnus comme MDA mais en présentent la plupart des caractéristiques, y compris un partenariat avec un établissement de santé

<sup>43</sup> La « distance géographique » ne se mesure pas en kilomètres par la route, mais en temps de transports en commun ... et en tenant compte des modes de vie

- [165] Il préconise une démarche fondée sur un partenariat à construire entre les nombreux acteurs concernés et précise des aspects formels indispensables pour la bonne avancée des différentes phases du projet :
- un comité de pilotage, dès la phase d'élaboration du projet, réunissant les principaux partenaires et les services concernés ;
  - une (ou des) convention, par laquelle les principaux acteurs formalisent leurs apports et leurs engagements respectifs ;
  - un comité local de suivi, après la création de la MDA, afin d'évaluer la réalisation des objectifs fixés.
- [166] Les responsables de terrain, de façon unanime, considèrent ce cahier des charges comme « la référence » qui a servi à la constitution d'une dynamique locale. Malgré sa brièveté, il n'oublie pas d'aspect important, notamment en consacrant un paragraphe aux réseaux de santé.
- [167] La croissance du nombre de MDA s'explique certainement par la pertinence de ce document qui a permis de lever des obstacles plusieurs fois observés par la mission ou qui lui ont été mentionnés, notamment la difficulté de certains responsables d'institutions à travailler « en réseau » quand ils ont l'habitude d'organisations hiérarchiques<sup>44</sup>.
- [168] Néanmoins, malgré ce cadre de référence ainsi que les financements accordés par le programme national<sup>45</sup> et aussi l'impulsion donnée par les ARS (avant 2010, les DDASS, DRASS et ARH) soutenues très activement par la DGCS, la DGOS, la DGS (et la DIF, jusqu'à son intégration au sein de la DGCS), l'absence de MDA dans environ 10 départements signale bien qu'il ne suffit pas que les besoins des personnes (jeunes et parents) et des professionnels soient constatés. Il faut aussi que se conjuguent :
- le portage du projet par une « personnalité » fédérant autour d'elle quelques professionnels et réunissant 3 conditions : d'abord, le soutien d'une organisation dans laquelle elle est investie ; ensuite, sa reconnaissance par les partenaires du projet ; enfin sa capacité de porter, pendant au moins 1 an (voire 2 ou plus) le projet de création ;
  - la volonté partagée par les responsables d'un établissement de santé de permettre « l'hospitalisation des adolescents en tant que de besoin » (condition fixée au n°3 « Organisation des maisons des adolescents » du III du cahier des charges).
- [169] La vision « hospitalo centrée » de certains responsables d'établissements de santé, directeurs, chef de pôle ou de service est apparue nettement au cours de certains entretiens :
- [170] La prégnance des contraintes financières a été souvent évoquée mais jamais comme un facteur de blocage à la constitution d'une MDA, très probablement en raison de « l'enveloppe ONDAM » de 156K€ Mais alors qu'il est eut été normal de constater un fort investissement des conseils généraux, celui-ci est très variable.

---

<sup>44</sup> Voire une tentation « hégémonique » fondée sur leur rôle institutionnel et/ou leur capacité financière

<sup>45</sup> Les financements en investissement (via la DGCS) et en fonctionnement (par ONDAM sous directive DGOS) ont eu un incontestable effet de levier, renforcé par les financements en aide à l'investissement de la Fondation HP-HF

- [171] Plusieurs conseils généraux ont été moteurs en vue de la création d'une MDA et très aidants pour son financement. Ces conseils généraux ont largement investi le dispositif MDA à partir d'une lecture compréhensive du CASF et du CSP considérant qu'une MDA contribue à leur mission de protection de l'enfance, par ses liens avec la prévention spécialisée et/ou pour l'exercice des actions éducatives « de milieu ouvert » et/ou pour les mineurs (et jeunes majeurs) hébergés en établissements ou en famille d'accueil et/ou dans le cadre de leurs missions de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile. Une thèse de médecine publiée en 2012 « *Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés* »<sup>46</sup> souligne bien l'importance de la proportion de jeunes concernés et l'importance des troubles qui les frappent<sup>47</sup> et invite à la « *La création de dispositif spécifique permettant la mise en place de soin psychique régulier et volumineux au côté du travail éducatif et pédagogique toujours nécessaire, pour les cas les plus graves et mal contrôlés par le partenariat interinstitutionnel* »
- [172] Au contraire, d'autres conseils généraux se sont montrés très en retrait, voire ont retardé la constitution d'une MDA.

Dans un des départements dans lesquels s'est rendue la mission, celle-ci n'a pas pu rencontrer le directeur chargé du dossier MDA au sein des services du Conseil général. Dans ce département de plus de 1 300 000 habitants, une MDA active sur une partie de son territoire ne reçoit aucune aide du conseil général. Le projet de création d'une deuxième MDA a conduit le conseil général à faire une proposition consistant en une contribution financière de sa part dès lors qu'il n'y aurait qu'une seule MDA intervenant sur l'ensemble du département et placée visiblement sous son égide.

Cette proposition a relancé l'idée de l'extension du territoire d'intervention de la MDA existant depuis plusieurs années. Elle a retardé, pendant environ deux ans, la mobilisation des responsables investis dans le dossier de création d'une nouvelle MDA.

---

<sup>46</sup> Dr Guillaume BRONSARD : *Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés - L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger* ; Université d'Aix-Marseille ; 205 p.

<sup>47</sup> « *Les résultats montrent des taux de troubles mentaux 5 fois plus élevés qu'en population générale, en particulier chez les filles, avec des profils pathologiques spécifiques et une expression inhabituelle des besoins en santé mentale dégradant les possibilités de dépistage* »

## TROISIEME PARTIE : UNE EFFICIENCE OBJECTIVEE ET UNE EFFICACITE RECONNUE PAR TOUS

[173] Tous les professionnels rencontrés par la mission, partenaires d'une MDA ou intervenants en son sein, ont été unanimes pour affirmer l'intérêt d'une MDA. Cette opinion s'est exprimée de façon souvent spontanée, en fin d'entretien ou, en cas de question posée, par une réponse rapide et claire comme par exemple : « heureusement qu'on l'a, comment faisait-on avant ? ». Quelques autres verbatim ci-dessous complètent cette première approche.

### quelques affirmations de professionnels d'organismes partenaires de la MDA :

- une assistante sociale scolaire : « pour certains parents : la MDA est le seul lieu où ils peuvent trouver la clef du mal être de leur ado ; »
- un responsable de mission locale : « pour nos jeunes qui ne vont pas bien, la MDA est « la » bonne solution »
- une psychologue dans une PAEJ : « c'est un relai qui marche car il n'est pas « estampillé psy »... »
- un responsable d'une ARS : « la MDA permet de porter une politique de prévention et, en même temps de « soins » en première ligne.....

### quelques affirmations de professionnels de MDA :

- (une infirmière d'un CH mise à disposition à mi temps) : « j'ai eu envie de venir travailler à temps partiel en MDA ; cela complique mon emploi du temps, mais c'est un enrichissement pour moi et j'apporte à mes collègues, sans parler des jeunes »
- (un responsable de MDA) : « un dispositif complexe à faire fonctionner mais absolument indispensable »
- (une psychologue à mi-temps) : « un service incroyable rendu aux jeunes et aux parents »

[174] Ces déclarations ne suffisent pas à démontrer l'efficacité ou l'efficience des MDA. La présentation des activités des MDA, dans la première partie de ce rapport, a été illustrée de chiffres qui doivent être repris et mis en perspectives (1). Mais l'efficacité des MDA s'exprime aussi à l'égard des professionnels travaillant auprès des adolescents (2), dans la territorialisation des actions de santé (3) et, il ne faut pas l'oublier, dans la prévention de la dégradation de situations individuelles (4). L'efficacité d'une MDA peut être aussi appréciée « a contrario » (5).

### 1 . PLUSIEURS TYPES D'ACTIVITES ET UNE EFFICIENCE ACCRUE PAR UN EFFET DE SYNERGIE

[175] Les différents types d'intervention des professionnels d'une MDA peuvent être déterminés, leurs nombres recensés et leurs effets décrits ce qui permet une appréciation de l'efficience (1.1) ; doivent aussi être pris en considération un renforcement des compétences des professionnels (1.2) et un effet de synergie (1.3.).

#### 1.1 Des éléments quantifiés de mesure de l'activité des MDA

[176] Les rapports d'activité (et des documents complémentaires) remis à la mission et commentés sur place par les responsables et acteurs rencontrés, présentent une grande hétérogénéité. Ceci dit, tous contiennent les données essentielles pour comprendre l'activité de chaque MDA.

- [177] Les rapports d'activité présentent tous<sup>48</sup> les activités institutionnelles, la constitution de l'équipe et les interventions de la MDA ; mais ils sont souvent incomplets sur :
- les contributions apportées par des partenaires (ce type de manque a conduit la mission à agréger les données de moyens présentées en 2ème partie) ;
  - l'enregistrement de certains types d'intervention (ainsi les temps de réponse au téléphone, les « temps morts » quand un adolescent, un jeune ou un parent ne vient pas à un rendez-vous, ...).
- [178] Par ailleurs, l'affectation des moyens par types d'activité n'est pas (sauf exception) réalisée. Les calculs effectués par la mission sur la base des données disponibles, permettent cependant d'apprécier la conformité de l'action des MDA avec leurs objectifs :
- temps consacrés aux adolescents/jeunes : de 2 à 4 ETP<sup>49</sup> (environ 80% en entretiens ou études concertées des situations / 20% en groupe de paroles ou autres activités en groupe) ;
  - temps consacrés aux parents : de 0,25 à 0,5 ETP (environ 60% en entretiens / 40% en groupe de paroles) ;
  - temps consacrés à des activités de « formation / information » : de 0,25 à 0,5 ETP ;
  - temps consacré à des fonctions de secrétariat : environ 0,25 ETP.
- [179] Ces éléments doivent être complétés pour pouvoir apprécier les moyens humains dont une MDA doit être dotée pour pouvoir effectivement remplir ses missions :
- la disponibilité (accueil sans rendez-vous) est une forte contrainte ; d'ailleurs, plusieurs des MDA visitées tendaient à restreindre cette « offre » pour assumer les rendez-vous programmés après un premier accueil ;
  - de nombreux temps « institutionnels » sont indispensables : pour la coordination avec d'autres organisations afin d'optimiser les modalités des diverses prises en charge (les trois-quarts des responsables des MDA visitées ont expliqué que des « recadrages » devaient être régulièrement effectués auprès de partenaires ayant tendance à « se décharger » de leur mission sur la MDA) ; et, aussi (voire réciproquement) des temps de « mobilisation » pour amener des professionnels à savoir utiliser la MDA.
- [180] Le rapport d'activité type établi en Rhône-Alpes par l'ARS en concertation avec les MDA de cette région (voir annexe 3) représente un très intéressant exemple de présentation d'informations pour comprendre les conditions de fonctionnement et l'activité d'une MDA. Mais environ 50 pages de données chiffrées ou d'explications rédigées sont requises ; ce qui apparaît très lourd<sup>50</sup> pour de petites organisations comme la plupart des MDA.
- [181] Des documents similaires à celui élaboré en Rhône-Alpes ont été produits dans d'autres régions, pour des raisons semblables :
- préciser les données à recenser en cours d'exercice par la MDA ;
  - faciliter la discussion entre MDA et financeurs, à la fois sur les missions et les financements ;
  - laisser une place, au-delà des données chiffrées à enregistrer, pour des explications fournies par une MDA pour interpréter les données, car les éléments de contexte sont extrêmement importants pour apprécier la réalité de l'activité d'une MDA.
- [182] L'association nationale de MDA (ANMDA) s'est, elle aussi, engagée dans un travail semblable : déterminer des données pertinentes, en nombre limité pour servir de base de dialogue au niveau régional et, aussi, pour pouvoir être consolidées au niveau national.

<sup>48</sup> à l'exception d'une MDA, dont les activités institutionnelles (comité de pilotage,) de formation et la composition de l'équipe sont retracées dans des documents distincts.

<sup>49</sup> Même choix méthodologique qu'en 2.2 de la 1<sup>ère</sup> partie (temps rapporté à une « MDA type » pour un territoire de 400 000 habitants)

<sup>50</sup> le recensement au jour le jour de ces données, puis leur rassemblement dans un document synthétique constituent une charge de travail à prendre en compte.

## 1.2 Le renforcement des compétences, notamment sur les souffrances et troubles psychiques, des professionnels travaillant auprès de jeunes

- [183] Toutes les personnes rencontrées par la mission ont souligné la complexité que représente « l'état d'adolescence »<sup>51</sup>. Cette période de transformation où se multiplient les doutes, les questions, les angoisses, les peurs avec son corollaire qui est la transformation physique, cette puberté qu'ils ne contrôlent pas, enferment les adolescents dans une fébrilité et provoquent chez eux des attitudes souvent incompréhensibles pour les parents et les adultes de leur environnement.
- [184] Le mutisme ou la présentation de façade qu'ils peuvent donner à voir retardent souvent la prise de conscience de leur « mal être » par leur entourage. « *Pour décrypter, comprendre et agir, le monde des adultes a besoin « de clefs »* affirme le Professeur Marie-Rose MORO, « *et ce sujet vient à peine d'être abordé* » C'est aussi la conviction du Professeur Marcel RUFO : « *la question de l'adolescence est récente, elle fait l'objet de débats entre les différents professionnels, et ce n'est pas fini. (...)* »<sup>52</sup>.
- [185] S'ajoute à ce déficit, les différences de culture entre les acteurs. Elle tend à s'atténuer à force de rencontres, d'échanges et d'efforts pour élaborer un langage commun. « *le même mot n'aura pas la même signification selon que l'on est éducateur, professionnel de la santé ou autre intervenant « jeunesse* », phrase prononcée par divers acteurs de terrain et entendue maintes fois.
- [186] Les MDA ont chacune développé au niveau local des actions d'information et de formation qui peuvent s'adresser à un public averti ou néophyte. Ces actions peuvent prendre la forme :
- de colloques, de conférences ouvertes où peuvent se côtoyer des acteurs de terrain, des professionnels de la santé, des étudiants ou des parents, des familles, éventuellement des adolescents accompagnés par des animateurs ou éducateurs ;
  - de sessions de formation à thèmes ou de journées d'étude restreintes aux professionnels en relation avec la MDA et plus largement aux professionnels de santé, de l'Education nationale, de l'enseignement privé ou socio-éducatif. Peuvent aussi y participer des élus locaux ou des responsables associatifs.
- [187] Enfin, une MDA produit des effets seulement esquissés par quelques interlocuteurs de la mission mais rarement présentés de façon très explicite, des synergies obtenues par de mêmes moyens mis au service d'objectifs complémentaires.

## 1.3 Les synergies obtenues par de mêmes moyens mis au service d'objectifs complémentaires

- [188] Chacune des prestations d'une MDA lui permet de remplir plusieurs de ses missions. Cette pluralité d'objectifs atteints à travers un seul type d'intervention est aisément illustrée par le soutien apporté par une MDA aux professionnels pour des cas complexes. Les compétences déployées par l'équipe de la MDA contribuent au renforcement des compétences de ces autres professionnels (notamment les responsables et professionnels des institutions de la PJJ, de l'ASE, accueillant des jeunes souffrant de déficience mentale ou de troubles du comportement –IME ; IMPro ; ITEP).

---

<sup>51</sup> Ce que le Professeur Catherine JOUSSELME exprime dans la présentation de « *A la rencontre des adolescents* » (Odile Jacob ; 2012) qu'elle cosigne avec Jean-Luc DOUILARD psychologue clinicien : « *L'adolescence est l'âge de tous les paradoxes. Récemment identifiée, car on passait, jusqu'à il y a peu, directement de l'enfance à l'âge adulte, cette période cruciale de formation personnelle et de croissance physique est à la fois l'une des plus riches mais aussi des plus périlleuses dans nos sociétés individualistes où elle n'est pas ritualisée et socialement encadrée* »

<sup>52</sup> Et le Professeur Marcel RUFO continue ainsi : « *... Si on regarde un jeune qui a des problèmes, il peut relever pour une prise en charge de multiples services d'ordre éducatifs, sociaux et ou sanitaires. Tous ces professionnels qui travaillent dans ces différents champs doivent apprendre à utiliser un langage commun, se créer une culture commune (...)* c'est là où la MDA peut être utile, en aidant à créer cette possibilité. *La formation des gens qui travaillent avec les adolescents, les séminaires, les colloques aident à rapprocher les professionnels, ils apprennent à se connaître et à se reconnaître (...)* et les parents ont toute leur place aussi ... ».

- [189] Ces interventions qui ne constituent pas au sens strict des activités de formation, ont une valeur de transmission de connaissances. Elles permettent aussi à ces professionnels de se sentir plus à l'aise dans leur rôle, y compris en sachant avec qui étudier une situation difficile et, si nécessaire, y apporter une solution en termes d'intervention(s) à réaliser par quelqu'un autre qu'eux-mêmes<sup>53</sup>. Ainsi, ces interventions des MDA, distinctes par leur nature, atteignent en même temps plusieurs buts ; non seulement elles se complètent mais aussi se renforcent l'une, l'autre.
- [190] Chacun(e) des « objectifs », « missions », « prestations proposées » figurant dans le cahier des charges des MDA, contribue en pratique à un(e) ou plusieurs autres de ces « objectifs », « missions » ou « prestations proposées » ; par exemple :
- la mission d'« accueil, écoute, orientation » rend service à des jeunes et/ou leur parents. Elle concourt aussi à la « formation » des professionnels qui participent aux « réunions d'évaluation » organisées pour traiter la situation de certains jeunes ;
  - la prestation « formation destinée à des professionnels » renforce leurs liens avec les professionnels de la MDA et facilite la constitution d'un réseau de professionnels compétents en contact avec les jeunes et/ou à leurs parents.
- [191] Ces effets induits ne sont pas pris en compte « arithmétiquement » dans les comptes-rendus d'activité des MDA. Ainsi, le nombre de personnes (jeunes et parents) qui sont comptées comme ayant été accueillies par un professionnel d'une MDA est minoré de ceux qui auraient été conduits à s'y rendre mais n'en ont pas eu besoin en raison d'une écoute par le professionnel d'une institution partenaire se sentant suffisamment compétent (grâce à des contacts préalables avec la MDA) pour un tel dialogue.
- [192] En outre, la présence d'une MDA sur un territoire incarne les questions spécifiques liées à l'adolescence. Pour les multiples professionnels au contact des jeunes, une MDA est un lieu ressource, un lieu d'élaboration et de diffusion d'une « culture commune sur l'adolescence » et de pratiques coordonnées.

Présente à la fois sur le versant de la prévention et dans celui de la prise en charge, mais seulement hors problème pathologique, elle est un « acteur animateur ». Or la MDA remplit ce rôle avec les quelques professionnels travaillant directement pour elle à temps plein ou à temps partiel mais aussi avec de nombreux autres intervenants « à la vacation » ce qui renforce sa capacité d'animer un « réseau ».

## 2. LA CREATION DE REPONSES ADAPTEES A DES BESOINS « SANS SOLUTION »

- [193] L'expérience cumulée par les équipes pluridisciplinaire des MDA et leur capacité d'adaptation légitiment les MDA pour mettre en place des réponses à une inquiétude croissante des professionnels travaillant avec des adolescents accueillis « en établissement<sup>54</sup> ».
- [194] Dans tous les établissements où des jeunes sont « placés » plusieurs d'entre eux(elles) s'illustrent par des faits de violence sur eux-mêmes ou sur autrui. Ces moments de « crises flamboyantes, qui nous disent des choses » comme les nomme le Docteur Alain FUSEAU (directeur de la MDA du Havre), mettent en échec les équipes et la cohérence du projet de l'institution.

---

<sup>53</sup> Par exemple, les études de cas organisés avec des professionnels de l'Education nationale concourent au renforcement de leur professionnalisme, à un accroissement de la confiance en soi de ces professionnels leur permettant de s'autoriser à prendre en charge certaines situations plutôt qu'à orienter.

<sup>54</sup> Des questions semblables sont posées pour les adolescents accueillis par une « famille d'accueil » ce qui a conduit une MDA à organiser, avec le conseil général, un type d'intervention concerté



- [195] La probabilité que ce type de situation survienne et la crainte d'être débordé créent un climat de tension malsain au sein de l'établissement. Les équipes se sont interrogées depuis longtemps sur la manière de prévenir et d'agir face à cette violence incontrôlable que les pratiques professionnelles traditionnelles ne suffisent pas à endiguer.
- [196] « Au mieux », le jeune est souvent, retiré temporairement de l'établissement, le temps que la crise passe en ayant recours à un service de psychiatrie. Cependant, son retour envisagé est source de crainte et d'angoisse pour les encadrants.
- [197] « Au pire », le jeune est exclu et sa « réputation », qui le devance, empêche son inscription dans une nouvelle structure. La crainte légitime d'une possible récurrence malmenant la cohérence du groupe accompagnée d'une certaine mise en danger, détermine ce refus. « *Les équipes sont très attachées à leur cœur de métier, pour eux les « cas complexes », les « patates chaudes » pour reprendre une expression encore utilisée récemment, sont comme une sorte de défi. Ces échecs ils les vivent très mal, cela provoque aussi un sentiment de découragement et un aveu d'impuissance.* » comme la mission a pu l'entendre de la part d'un Directeur Territorial PJJ.
- [198] Certaines MDA ont répondu à ce besoin précis. Leurs modalités d'intervention varient, d'une MDA à l'autre, mais sont inspirées de celles mises en place en Ile-de-France depuis le début des années 2000, sous l'égide du Professeur Philippe JEAMMET et avec le soutien de la PJJ dans le cadre du DERPAD (dispositif expert régional pour adolescents en difficulté).
- [199] Ainsi, des professionnels de la MDA écoutent la demande et se déplacent, si besoin, dans la structure. Les modalités d'intervention sont partagées et acceptées par l'équipe sur place. Leur rôle de « Tiers » permet de faire baisser la pression, de calmer le jeu. Si « un jeune pète un câble », un professionnel de la MDA vient apporter son expertise, selon les situations présentées. Les équipes de ces MDA sont un soutien aux équipes des établissements et leur apportent une sécurité appréciée selon les témoignages entendus.
- [200] Les MDA n'ont pas le « monopole » de ce type d'intervention ; mais elles apparaissent particulièrement bien placées pour les réaliser. Elles peuvent en effet constituer des équipes pluridisciplinaires qui ne sont pas considérées comme « juge et partie » (reproche régulièrement fait à des équipes constituées par des services de psychiatrie) et bénéficient de l'image « positive » liée à l'expression « maison des adolescents ». Un tel dispositif de proximité est plus aisément porté par une MDA, organisation partenariale.
- [201] Son recours facile et rapide participe à tranquilliser les professionnels de ces établissements et peut le cas échéant faciliter le maintien ou le retour du jeune, repoussé par certains éducateurs, par crainte de récurrence. La pratique de l'évitement tend aussi à diminuer grâce à l'utilisation pertinente de ce type d'intervention. Ce que les propos d'un éducateur intervenant dans un centre illustrent « *le pêtage de plomb de certains de nos jeunes sont difficiles à vivre. Cela nous a beaucoup interrogés sur notre manière de faire. C'était décourageant. Le fait de savoir que l'équipe de la MDA est là en soutien, c'est rassurant et l'échange nous aide aussi à voir d'une autre manière ce que l'on peut faire face à un gamin qui explose...* ».
- [202] Quant au financement apporté par plusieurs ARS à ce type d'intervention porté par une MDA, il s'explique à la fois par la diminution du nombre d'hospitalisations en urgence (et qui parfois se prolongent en l'attente de la décision d'un nouvel établissement d'accueil) et par la meilleure qualité de prise en charge dans les établissements qui peuvent recourir à un tel service d'une MDA. En outre, une baisse de l'absentéisme (pour arrêt maladie) dans les établissements a pu être constatée.

### 3. UN APPUI A LA TERRITORIALISATION DES REPONSES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

- [203] La première MDA, au Havre, a été conçue à l'échelle d'une importante agglomération. Au contraire, les directives données en 2005 et les années suivantes privilégiaient la création d'une MDA par département<sup>55</sup>. Le département était alors et est encore, une unité territoriale de référence dans le domaine de la santé ; pour preuve, la quasi-totalité des territoires de santé choisis par les ARS pour la construction des projets régionaux de santé, ont été des départements. Pour autant, les dynamiques personnelles, d'une part, des jeunes et de leurs parents, d'autre part, des professionnels, se situent à un niveau infra-départemental<sup>56</sup>.
- [204] Quatre niveaux de territoires, pour la stratégie et l'action, sont à prendre en considération : le niveau régional, le niveau départemental, le niveau local et celui du quotidien des acteurs. Les objectifs étant, dans un cadre financier et humain contraint, de faciliter l'accès ainsi que de renforcer la continuité et la cohérence des prises en charge. Les modalités d'organisation des MDA, appuyées sur un réseau de partenaires, voire un réseau au sens de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique<sup>57</sup>, permettent de répondre effectivement à cette complexité.

#### 3.1 Les besoins des jeunes pris en considération dans les programmes régionaux de santé

- [205] A la suite de leur installation, les ARS ont été chargées, très vite, de construire leurs projets régionaux de santé (PRS) articulés autour de plusieurs documents. Les MDA sont rarement citées explicitement dans les documents qui composent ces PRS : schémas régionaux de prévention (SRP), schémas régionaux d'offre des soins (SROS), .... Mais elles s'insèrent très bien dans leurs orientations stratégiques et leurs modalités d'action : référence à la santé mentale, et pas seulement aux troubles psychiques, territorialisation des réponses.
- [206] Pour les jeunes de 11 à 25 ans, les MDA correspondent à une évolution similaire à celle des organisations mises en place pour les personnes âgées où les MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, mais dont le champ a été élargi à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie<sup>58</sup>) prennent le relai des CLIC (centres locaux d'information et de coordination) avec une gamme de prestations élargie. Il y a aussi similitude de logique entre MDA et MAIA : fournir une porte d'entrée « tous publics (dans la tranche d'âge) » ou pour leurs proches, en complément de l'intervention des professionnels « de première ligne », en appui à eux et de façon articulée avec une prise en charge en établissement de santé (ou médico-social) si besoin. Plus généralement, c'est une perspective de « parcours » de vie / de santé / de soins qui prévaut.

---

<sup>55</sup> Mais cette directive ne figure, explicitement, ni dans le cahier des charges annexé à la lettre circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005 signé du ministre des solidarités, de la santé et de la famille, ni dans la circulaire DGAS/DHOS/DGS/cabinet de la secrétaire d'Etat chargée de la famille du 5 novembre 2009 : « Appel à projets. Programme Maisons des Adolescents. Tranche 2010 » ; elle n'est citée que dans la présentation, le 27 février 2008, du « plan santé des jeunes » (voir dossier de presse ministériel)

<sup>56</sup> Voir notamment les études de Magali COLDEFY et Véronique LUCAS-GABRIELLI pour l'IRDES (institut de recherche et documentation en économie de la santé)

<sup>57</sup> article L. 6321-1 du code de la santé publique : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. (...)* Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

<sup>58</sup> Voir le cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer cité à l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011

- [207] Les études produites, en 2012 et 2013, par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) à partir des PRS mettent clairement en lumière l'importance de cette « logique de parcours » et les dangers issus de « points de rupture ». La « population » des jeunes de 11 à 25 ans y apparaît, au côté notamment des personnes âgées (déjà mentionnées ci-dessus) ou des très jeunes enfants (la périnatalité) comme nécessitant une attention toute particulière.
- [208] Certaines ARS y ont consacré une attention renforcée et ont bien fait apparaître, pour les questions de santé des jeunes, le besoin d'une territorialisation à un niveau plus fin que celui du « territoire de santé » : celui du « territoire de proximité » ou du « territoire de projet ».

### 3.2 La prise en compte des MDA dans les contrats locaux de santé (CLS), les ateliers santé ville (ASV) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM)

- [209] Les contrats locaux de santé (CLS) ont été portés au niveau législatif par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)<sup>59</sup>. Ils s'inscrivent dans les perspectives tracées par les contrats de ville des années 1990 et, plus encore, les contrats de ville 2000 – 2006. La circulaire du Premier ministre relative à ces contrats<sup>60</sup> soulignait l'importance de la dimension santé, ce que la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en place des ateliers santé ville (ASV), traduisait de façon opérationnelle.
- [210] Ces démarches visent des objectifs largement semblables à ceux qui ont fondé la reconnaissance de certaines communes (ou agglomérations) comme « Ville santé de l'OMS (organisation mondiale de la santé) »<sup>61</sup>. Les approches sont, dans les deux cas, « transverses » : approche par les risques / les déterminants de santé ; approche par populations.
- [211] Les CLS étudiés parce qu'ils portaient sur le territoire d'une des MDA où la mission s'est déplacée, comportaient tous un ou plusieurs axes / actions portant sur « les jeunes ». Ils comprenaient tous des « fiches action » décrivant des interventions réalisées par la MDA mais, dans plus de 60% des cas, sans la mentionner explicitement. Cet oubli récurrent a été expliqué à la mission par plusieurs raisons : le bref délai accordé pour la production des CLS, la maîtrise d'œuvre assurée au sein de l'ARS par une autre direction (en général celle de la santé publique) que celle qui est en contact (d'ailleurs très ponctuels ; voir 4ème partie, 4) avec les MDA. Elle n'en reste pas moins regrettable, d'autant plus que le cahier des charges des MDA avait été modifié en 2009 par l'ajout de quelques paragraphes seulement, dont un consacré au rôle des MDA dans la politique de la ville<sup>62</sup>, ce qui aurait dû attirer l'attention.
- [212] Des remarques environ du même ordre peuvent être formulées dans le cas de conseils locaux de santé mentale (CLSM) dont le nombre reste faible, malgré notamment la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale<sup>63</sup>. Les références à la MDA sont plus précises dans les documents produits par les CLSM ; mais la réalité des actions n'en reste pas moins en deçà de ce qui est envisagé.

---

<sup>59</sup> Voir le 4<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 1434-17 du code de la santé publique

<sup>60</sup> La circulaire du 31 décembre 1998 relative aux contrats de ville 2000 -2006

<sup>61</sup> En juillet 2013, 80 villes et 4 communautés d'agglomération sont membres du « Réseau français des Villes-Santé de l'OMS » (voir le site [www.villes-sante.com](http://www.villes-sante.com)).

<sup>62</sup> « Dans la dynamique "Espoir Banlieues", une priorité sera donnée à des projets implantés sur des territoires identifiés comme étant en difficulté en termes de vulnérabilité et de fragilité de leur population adolescente. », dernier paragraphe du III - CONDITIONS REQUISES 1. Analyse de l'existant et des besoins

<sup>63</sup> voir l'article de Pauline RHENTER, chargée de mission au Centre collaborateur de l'OMS, dans la revue *Pluriel* n°87/88 janv.-fév. 2011 (p. 2 – 4)

- [213] N'en est donc que plus remarquable le CLS signé, le 7 février 2013<sup>64</sup>, dans les Deux-Sèvres entre le conseil général, l'ARS Poitou-Charentes et le Syndicat mixte du Pays Thouarsais. En effet, la MDA apparaît explicitement comme un outil privilégié d'un des neuf axes de ce CLS en territoire rural. Est ainsi illustrée une modalité de réponse à une demande confrontée à des difficultés de distance géographique.

### 3.3 Le déploiement de l'activité des MDA sur l'ensemble des territoires reste insuffisant

- [214] Dans toutes les MDA visitées, sauf une qui bénéficiait de l'existence d'un maillage de PAEJ sur son territoire d'intervention, ainsi que de la présence de 2 ESJ, leurs responsables ont déploré leur difficulté à « aller vers » autant que les besoins des jeunes le nécessiteraient. Deux MDA ont montré à la mission les cartes géographiques qu'ils produisaient à partir d'un recensement des communes (ou cantons pour le milieu rural) d'habitation des jeunes ayant rencontré un professionnel de la MDA ; elles identifiaient des déficits flagrants dans certains territoires.
- [215] La capacité d'interventions d'une MDA dans l'accueil et l'écoute de jeunes hors de son site principal, a été évoquée fréquemment au travers de modalités en vigueur ou en projet, telles que :
- l'articulation avec des PAEJ déjà existant, servant de « points d'ancrage », de base d'intervention (la mission a étudié sur le terrain une telle situation et par document, deux autres cas<sup>65</sup>) ;
  - la création, en relation avec les communautés de communes, d'une « équipe mobile » (au sens du déplacement de membres de l'équipe de la MDA<sup>66</sup>), dont le projet est en cours de concrétisation dans un des départements où s'est déplacée la mission.
- [216] Ces deux types d'intervention ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, ils peuvent même être complémentaires. Ils peuvent s'appliquer, de façon similaire à des adolescents habitant à des dizaines de kilomètres du lieu d'implantation de la MDA ou très près, mais dans des quartiers dont ces jeunes ou leurs parents sortent difficilement pour une démarche personnelle « extra-ordinaire ».
- [217] La démarche de « aller vers » n'est pas propre aux MDA, mais la plupart des MDA la pratique et y sont prêtes. Ce sont des questions de moyens financiers et humains qui les freinent à le faire, voire une focalisation excessive sur les chiffres

Un responsable de MDA affirmait ainsi à la mission : « *c'est en accord avec l'ARS que nous avons fermé notre permanence de XX. Nous avons décidé, d'un commun accord, de « faire l'expérience ». Au bout de six mois, la fréquentation était faible, mais en progression. En incluant les temps de déplacement, les professionnels voyaient 3 fois moins de jeunes qu'ils ne l'auraient fait en restant à la MDA. L'infirmière du collège était désespérée de notre retrait, un médecin généraliste et conseiller municipal s'est plaint directement au préfet.* »<sup>67</sup>

- [218] Sont également en jeu des moyens financiers, mais aussi des situations locales quand il peut être constaté qu'une MDA implantée dans une ville d'un département, n'intervient pas dans d'autres villes de ce département. Il y a bien une MDA « départementale », mais elle ne l'est pas en réalité. Toutes les informations recueillies par la mission vont dans le même sens : le dynamisme des responsables de la MDA ne peuvent suffire à lever des oppositions, parfois séculaires entre villes et, à la suite, entre institutions qui y sont implantées, notamment les établissements de santé et leurs professionnels.

<sup>64</sup> mais qui reste à traduire en actions à venir

<sup>65</sup> en plus de ceux présentés par Christophe CANLER dans son mémoire, déjà cité.

<sup>66</sup> A la connaissance de la mission, les essais « d'équipe mobile » installée dans un bus (minibus) n'ont pas été concluants

<sup>67</sup> Ce responsable ajoutait : « *nous aurions certainement dû commencer par demander une contribution à la communauté de communes* »

- [219] Là aussi, les responsables d'une MDA doivent pouvoir compter sur l'ARS pour surmonter des difficultés qui peuvent limiter leur efficacité et entacher leur efficacité, si celle-ci est mesurée à l'extension géographique de l'intervention de la MDA.

#### 4. LA PREVENTION DE LA DEGRADATION DE SITUATIONS INDIVIDUELLES

- [220] Les interventions des MDA, auprès de jeunes ou de leurs parents ainsi que des professionnels ont un effet direct dans le champ des établissements et services de santé (notamment, services de psychiatrie adulte, pédopsychiatrie ou services spécialisés en psychiatrie de l'adolescence).

L'activité des MDA produit aussi des effets significatifs, particulièrement, dans le champ scolaire.

##### 4.1 Des interventions adaptées à de multiples situations et qui contribuent au désengorgement des CMP

- [221] Les jeunes, préadolescents, adolescents ou jeunes adultes peuvent exprimer leur mal être de façon très manifeste ou plus diffuse, masquée. La dégradation de biens se voit aisément, les agressions sur autrui aussi<sup>68</sup>. La violence sur soi peut être bruyante, théâtralisée, par exemple une tentative de suicide ; elle est souvent plus insidieuse<sup>69</sup>, comme les troubles du comportement alimentaire (TCA) dont l'anorexie est une manifestation largement répandue<sup>70</sup>.
- [222] L'anorexie se déclare fréquemment chez les jeunes. C'est aussi une maladie grave. Selon les recommandations de bonne pratique (RBP) publiées en juin 2010 par la Haute autorité de santé (HAS)<sup>71</sup> « Anorexie mentale : prise en charge » : « *L'anorexie mentale se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic : risque de décès (suicide, complications somatiques) : il s'agit de la maladie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé, jusqu'à 10 % dans les études comportant un suivi de plus de 10 ans ; risque de complications somatiques et psychiques nombreuses : défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité, dépression, suicide, etc ; risque de chronicité, de rechute et de désinsertion sociale* ».
- [223] Ce même document rappelle aussi que « *La guérison est possible même au bout de plusieurs années d'évolution* ». L'intervention la plus précoce possible est indispensable. Dans son rapport d'avril 2010, le Haut conseil de santé publique (HCSP) citait en premier l'objectif stratégique « *réduire la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents* » dans le 4ème axe « *réduire la prévalence de pathologie nutritionnelle* ».
- [224] Les MDA servent régulièrement de recours à un moment charnière. Des parents d'une jeune femme anorexique l'ont présenté avec beaucoup de simplicité et d'émotion : « *notre fille est encore vivante<sup>72</sup> parce qu'à un moment, nous avons eu l'idée de venir à la MDA et que la MDA a pu l'accompagner après son hospitalisation* ».
- [225] Particulièrement utiles sont aussi les interventions des MDA qui permettent à des jeunes et/ou leurs parents d'éviter un rendez-vous dans un CMP.

<sup>68</sup> Voir ci-dessus les paragraphes relatifs aux professionnels de la PJJ

<sup>69</sup> Les scarifications peuvent être considérées « à mi chemin »

<sup>70</sup> de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes en population générale, (selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR ; mais la forme subsyndromique, ne répondant pas strictement aux critères diagnostiques (CIM-10 et DSM-IV-TR), est plus fréquente précise la recommandation de la HAS

<sup>71</sup> Recommandations élaborées par l'Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA) avec la participation de la Fédération française de psychiatrie (FFP) et de l'unité 669 de l'Institut national de la santé et la recherche médicale (INSERM)

<sup>72</sup> Elle faisait des études à l'université ...

- [226] La limitation de l'engorgement des CMP (aussi bien en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie adulte) est certainement moins manifeste mais plus facile à apprécier en termes quantitatifs. Les statistiques des MDA qui recensent 200 à 300 jeunes venus 4 ou 5 fois en rendez-vous, pointent un besoin qui va au-delà de la simple mise en mots devant un professionnel en « écoute empathique ». Une part importante de ces jeunes aurait eu un parcours de vie les conduisant vers un CMP.
- [227] Les CMP bénéficient aussi d'une sorte de « pré-accueil ». Pour des cas dont les professionnels de première ligne en CMP auraient dû apprécier qu'ils nécessitent, ou non, une intervention à bref délai, l'intervention de la MDA possède un double intérêt : elle évite une « urgence » et elle signale la nécessité de prise en charge rapide.
- [228] Enfin, une MDA peut assurer une transition après une prise en charge. Comme nous l'indiquait un psychiatre « *la MDA permet une transition sous contrôle, une transition en douceur, un recours volontaire si besoin. C'était vraiment frustrant, avant la création de la MDA, de voir que des jeunes que nous avons pris en charge pendant six mois, voire un an ou plus et que nous croyons capables de se passer de nous, replonger. Tout notre travail pouvait se trouver remis en cause.* »
- [229] C'est pourquoi, les professionnels rencontrés, ceux des MDA et ceux qui travaillent au sein d'organisations partenaires affirment de façon convergentes que le positionnement des MDA permet que des jeunes (et, avec eux, leur parents) ne « *tombent dans deux trappes : celle du « trop tard » et celle du « trop lourd » ...* » pour reprendre une expression utilisée par un professionnel rencontré ; à savoir :
- « *trop tard* », par difficulté d'exposer une situation peu compréhensible, parce que le médecin généraliste n'arrive pas à proposer de réponse bien adaptée<sup>73</sup>, parce que l'infirmière scolaire n'a pas le temps nécessaire ou les compétences pour entendre la véritable demande, ... Il en est de même pour un début d'addiction qui relève surtout d'un mal être ;
  - « *trop lourd* », parce que la prise en charge par un service de psychiatrie adulte, dès lors (étant donné les délais d'attente<sup>74</sup>) qu'elle peut se mettre en place produit, inévitablement un autre regard sur soi et des réminiscences.

## 4.2 La participation à la lutte contre l'échec scolaire et la déscolarisation

- [230] L'étude de bilans d'activité de MDA montre qu'une partie importante des jeunes qui s'adressent à une MDA y sont orientés par un professionnel de l'Education Nationale (ou de l'enseignement privé)<sup>75</sup>. Ce constat est cohérent avec les informations fournies par les conseillers techniques santé et social des DASEN rencontrés dans les départements ainsi que par les autres partenaires des MDA. Ces responsables complètent leur propos en soulignant les différences entre établissements : dans certains, une réelle collaboration est installée, dans d'autres les relations sont seulement occasionnelles.

---

<sup>73</sup> Cette difficulté à bien cerner des « situations adolescente » est tout à fait compréhensible car la clientèle d'un médecin généraliste comprend essentiellement des adultes, dont une proportion croissante de personnes âgées poly-pathologiques et va jusqu'à des nourrissons. L'émergence d'une « médecine de l'adolescence » (voir les productions de la société française de médecine de l'adolescence – SFSA) ne transformera pas les médecins généralistes en « spécialistes » de cette médecine, de façon semblable à ce qui est constaté pour la pédiatrie ou pour la gériatrie

<sup>74</sup> Les délais cités à la mission vont de 3 mois à 6 mois, hors cas d'urgence (même, en général, dans le cas d'une « intervention » d'un professionnel des domaines social, médico-social ou sanitaire)

<sup>75</sup> Les chiffres disponibles dans les rapports d'activité des MDA visitées donnent, en général, des pourcentages aux alentours de 25% à 30% (voir annexe 8)

- [231] Pour de nombreux jeunes, la relation à l'école (collège ; lycée professionnel ou d'enseignement général et technologique) pose problème pour de multiples raisons et suscite de réelles souffrances qui, elles mêmes, peuvent se traduire en comportements. « *Certains élèves n'apprennent rien à l'école parce qu'ils s'y sentent pas bien. Ils perturbent la classe et empêchent les autres d'avancer* » déclarait à la mission un responsable académique « *il nous faut prendre en considération ces élèves qui présentent des troubles du comportement plus ou moins manifestes et aussi, préserver les autres élèves pour qu'ils ne soient pas pénalisés dans leur cursus scolaire* ».
- [232] L'exclusion temporaire mais souvent aussi répétée ou définitive, voire multiple de certains de ces élèves questionne les pratiques du monde éducatif qui supporte difficilement ces échecs tant sur le plan professionnel que sur le plan humain. Face au constat alarmant d'un phénomène en croissance dans une tranche d'âge où l'obligation scolaire s'impose, le ministère de l'Education nationale a donné des directives pour que soient mises en place des actions de prévention et de lutte contre les risques d'exclusion.
- [233] Les professionnels de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves sont très investis dans la lutte contre l'échec scolaire et la déscolarisation. Tant pour des initiatives organisées au sein des établissements scolaires que pour des « orientations » ils font souvent appel aux professionnels des MDA pour renforcer leur action. Les jeunes en échec scolaire ou en voie de déscolarisation peuvent bénéficier, suivant leurs besoins, de la palette des réponses proposées par une MDA. L'élève en difficulté peut être orienté vers la MDA. Lui-même et/ou ses parents peuvent prendre contact directement ; mais la prise de rendez-vous peut aussi être faite par le personnel de la mission de promotion de santé en faveur des élèves, avec l'accord de la famille.
- [234] Les prises en charge proposées sont non seulement individuelles ou collectives, elles peuvent aussi être proposées en dehors des heures scolaires ou pendant celles-ci, avec un emploi du temps aménagé, selon la situation de chaque élève et de ses besoins. Les modalités de cet accompagnement sont établies au cours de réunions de l'équipe pluridisciplinaire de la MDA en présence d'un représentant de l'établissement scolaire.
- [235] En général, l'articulation entre la MDA et l'établissement scolaire se fait dans un laps de temps très court, d'autant plus qu'elle est souvent facilitée par la présence d'un temps de personnel de l'éducation nationale dans les effectifs de la MDA, selon des choix effectués dès le projet de création de la MDA. « Pour nous, clairement l'intervention de la MDA est un plus pour prévenir l'échec scolaire et aider à la rescolarisation de nos élèves en grande difficulté, soulignait une intervenante d'un service social scolaire, on évite le pourrissement de situations difficiles à vivre pour l'élève, sa famille mais aussi pour les professeurs et, en plus, on remet sur les rails les élèves fragiles ».

## 5. QUELQUES REFERENCES QUI FONT APPARAÎTRE ENCORE PLUS NETTEMENT L'EFFICACITÉ DES MDA

[236] L'efficacité des MDA se mesure aussi en réponse à deux types de questions :

- Les missions réalisées par les professionnels d'une MDA ne pourraient-elles pas être effectuées par ces mêmes professionnels intégrés dans une organisation existant par ailleurs ?
- Les coûts de fonctionnement d'une MDA sont-ils disproportionnés en regard d'autres interventions dont les coûts sont mesurables ?

### 5.1 La réalisation des missions d'une MDA par une organisation existant par ailleurs n'est pas envisageable

[237] Les MDA sont de petites organisations travaillant en relation avec de nombreuses autres organisations dont certaines sont très puissantes et structurées. L'activité de chaque MDA est significative et mesurable, mais alors que des opérations de rationalisation sont opérées dans le cadre de la « Modernisation de l'action publique » (MAP), un scénario d'intégration des MDA dans une de ces organisations puissantes et structurées ne peut être exclu a priori. Ce raisonnement semblera surprenant à chacun des acteurs rencontrés sur le terrain parce qu'aucun d'entre eux n'a évoqué une pareille idée ; il peut aussi paraître étonnant, après la lecture des pages précédentes. Mais il ne demeure pas moins nécessaire d'étudier un tel scénario.

[238] Trois types d'organisations seront passés en revue. Le tableau suivant décrit les raisons de l'hypothèse étudiée et les raisons de son rejet.

Tableau 3 : Des organisations au sein desquelles les missions exercées par une MDA pourraient être éventuellement exercées

<u>Type d'organisation</u>	<u>Raison principale ayant conduit à envisager l'hypothèse</u>	<u>Raison(s) principale(s) ayant conduit à rejeter l'hypothèse</u>
Ministère de l'Education nationale, mission de promotion de la santé en faveur des élèves <sup>76</sup>	De très nombreux professionnels sur l'ensemble du territoire national	N'interviennent que pour les jeunes scolarisés
Mission locale pour l'emploi des jeunes	Présence sur l'ensemble du territoire national	N'interviennent que pour des jeunes non scolarisés
Centre médico-psychologique (CMP)	Présence sur l'ensemble du territoire national	-ne pas « psychiatriser » des problèmes qui ne relèvent pas des troubles psychiques -défiance de nombreux adolescents ou jeunes (et parents) à l'égard des services de psychiatrie

Source : Mission IGAS

<sup>76</sup> La question de l'enseignement privé n'est pas citée, car les élèves de l'enseignement privé bénéficient d'un dispositif similaire à celui de l'Education nationale



- [239] La déduction qui peut être tirée de ce tableau est celle qui avait été faite par ceux qui ont eu l'idée des MDA, puis de leur implantation sur l'ensemble du territoire national. Seule une organisation regroupant des professionnels de plusieurs métiers et en relation avec des partenaires multiples est capable de remplir l'ensemble des missions qu'une MDA remplit. Elle doit s'articuler avec ces partenaires, les soutenir, suppléer les effets de leurs limites.

## 5.2 La comparaison entre des dépenses de soins évitées par les interventions d'une MDA et les coûts de fonctionnement d'une MDA

- [240] Cette présentation est très sommaire et schématique. Elle ne fournit qu'une vision partielle de ce que produit une MDA. Mais il est intéressant de présenter quelques chiffres « à dire d'expert », en reprenant certains types d'intervention des MDA (présentés ci-dessus) :

- intervention dans un établissement d'accueil d'adolescents « sous tension » à cause de des problèmes liés à la présence d'un « cas complexe » : arrêts maladie évités et maintien du nombre de jeunes accueillis dans l'établissement (estimé à 2 arrêts de 15 jours et 2 admissions repoussées pendant 1 mois) : 25 K€
- accueil, écoute et prise en charge suffisamment en amont pour éviter une hospitalisation pour anorexie (pendant 4 mois à 750€/jour) : 112 K€
- accueil, écoute et orientation permettant d'éviter une tentative de suicide et, à la suite une hospitalisation (pendant 1 semaine à 1 000€/jour) : 7 K€
- apport en expertise dans un collège ou un lycée afin d'éviter une exclusion, dont le coût de gestion est : 2K€

Outre ces dépenses évitées à court terme, devraient, en toute rigueur, être aussi pris en considération :

- pour les personnes concernées par des problèmes médicaux : des dépenses de soins au cours de l'année, ou d'années (voire de dizaines d'années suivantes) ;
- pour toutes les personnes : les « coûts humains » pour les jeunes concernés et leurs parents.

- [241] Les différents types d'interventions d'une MDA évitent que des risques se traduisent en actes et problèmes nécessitant des soins, des prises en charge. Les montants financiers ci-dessus donnent un premier aperçu de ces dépenses évitables par l'intervention d'une MDA pour un adolescent ou un jeune.

Et, à celles-ci s'ajoutent tous les autres types d'interventions déjà présentées ci-dessus (accueil pour simple écoute ; formation – information de professionnels, ...)

- [242] Or, par comparaison, le budget « moyen » d'une MDA peut être estimé à 400K€

\* \*  
\*

- [243] Les MDA, petites organisations par le budget ou le nombre d'intervenants, sont efficaces et sont efficaces pour répondre à des besoins :

- des jeunes : les MDA contribuent à un mieux-être des jeunes qui peuvent bénéficier de prises en charges plus adaptées ;
- des professionnels : les MDA apportent des réponses à des situations individuelles et participent à la construction de références ou de dispositifs utiles pour leur pratique.



## QUATRIEME PARTIE : UNE NECESSAIRE NOUVELLE ETAPE DANS LE PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DES MDA ET DE LEURS ACTIONS

- [244] Les parties précédentes centrées sur les MDA, leurs publics, leurs organisations, leurs partenaires dans l'action ont montré que ce dispositif a fait ses preuves, mais qu'il est fragile pour des raisons financières et institutionnelles. Or, encore beaucoup de jeunes ne bénéficient pas de l'écoute que peut fournir un PAEJ ou une MDA et de l'orientation que peut justifier son état de santé et, par ailleurs, il est nécessaire de bien soutenir les professionnels qui doivent aussi être « à l'aise » avec les jeunes en difficulté.
- [245] Parmi ces jeunes, certains habitent en milieu rural dit « profond » d'autres dans des quartiers relevant de la politique de la ville et déjà souffrent d'inégalités dans la prévention et l'accès aux soins. Pour eux, les services fournis par une MDA devraient constituer un « complément », comme pour les autres jeunes ; en fait, la MDA peut être un vecteur privilégié dans la réduction des inégalités de santé..
- [246] Cette quatrième partie, tournée vers la préparation de l'avenir, dans le cadre fixé par le conseil interministériel de la jeunesse (CIJ) du 4 février 2013 sera d'abord consacrée aux actions à conduire au niveau national (1) ; ensuite au niveau territorial, d'abord en ce qui concerne le rôle des ARS (2), puis des collectivités territoriales (3). La construction de dispositifs MDA et leur développement doit, enfin, s'appuyer sur leur association nationale (4).

### 1. CONFORTER LES BASES JURIDIQUES ET FINANCIERES DE L'ACTION DES MDA

- [247] Le « baromètre santé jeunes » produit par l'institut national de promotion et d'éducation pour la santé (INPES) décrit régulièrement<sup>77</sup> les difficultés auxquelles ceux-ci sont confrontés<sup>78</sup>. Une partie importante de l'action de l'INPES est d'ailleurs consacrée aux jeunes, directement ou au travers les professionnels en contact avec eux<sup>79</sup>.
- [248] Le plan « santé des jeunes » présentée le 27 février 2008, par la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, traduit la volonté des pouvoirs publics bien au delà des MDA mais en les signalant spécialement. Une volonté du même ordre figure dans les travaux présentés au comité interministériel de la jeunesse (CIJ) du 3 février 2013 et appelle donc des recommandations sur le texte de références pour les MDA et sur des questions financières.

#### 1.1. Soutenir la dynamique interministérielle

- [249] Le programme MDA a été, dans la continuité de la conférence de la famille de 2004, porté par la délégation interministérielle à la famille (DIF). Celle-ci s'est appuyée sur les services de la direction devenue direction générale de l'offre de soins (DGOS), avec un suivi de la direction générale de la santé (DGS) qui assure, par ailleurs la tutelle de l'INPES. Quant au développement de l'offre de PAEJ il restait placé sous la responsabilité de la direction devenue direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

---

<sup>77</sup> Voir le dernier « baromètre santé jeunes », diffusé en juin 2013

<sup>78</sup> Les études conduites par l'institut national de la jeunesse de l'éducation populaire (INJEP) rejoignent ces analyses ; voir notamment les travaux conduits ou supervisés par Yaëlle AMSELLEM - MAINGUY

<sup>79</sup> Ainsi, le classeur « Entre nous », diffusé en 2009 par l'INPES, conçu pour des professionnels de santé travaillant avec des adolescents et visant à initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation à la santé

- [250] Cette organisation a été simplifiée par la disparition de la DIF et peut être, actuellement, résumée ainsi :
- la DGOS veille notamment à ce que l'offre de soins en santé mentale prenne en considération les besoins spécifiques des jeunes ;
  - la DGCS, certes ne dispose plus des crédits d'investissement servant de levier pour la création ou le développement de MDA, mais promeut la bonne articulation de l'action des MDA avec des dispositifs connexes : PAEJ, prévention spécialisée, ... ;
  - la DGS intervient en temps que garant de la santé des jeunes, dans toutes ses dimensions et notamment comme responsable des plans de santé (Plan psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015 ; ...) et aussi comme direction assurant la tutelle de l'institut national de promotion et d'éducation pour la santé (INPES) qui attribue annuellement une subvention de fonctionnement à « Fil santé Jeunes »<sup>80</sup> qui articule ses interventions avec celles des MDA.
- [251] Dans ces directions, tant les cadres directement en charge du dossier MDA, et même si chacun n'y consacre au maximum que de 20 à 30% de son activité, que leurs responsables<sup>81</sup> avaient une bonne connaissance des questions en jeu. Ils sont apparus correctement coordonnés entre eux.
- [252] Cette cohérence des positions de ces trois directions est apparue très utile pour l'action du secrétariat général des ministères sociaux (SGMS) et notamment vis-à-vis des ARS et DRJSCS et DDSCS(PP). Elle a pu aussi être observée lors des entretiens de la mission avec des responsables de directions d'autres ministères : direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) du ministère de la justice et direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) du Ministère de l'Education nationale ou mission interministérielle pour la lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT) auprès du Premier ministre<sup>82</sup>.
- [253] Elle doit se traduire par une actualisation du « référentiel » d'une MDA, actuellement fixé par le cahier des charges de 2005. Cette opération devrait, pour être pleinement opérante :
- Reprendre l'esprit et, autant que possible, les termes même de ce « cahier des charges » car celui-ci est une référence bien conçue et bien connue ;
  - Apporter des précisions sur les principes des relations entre PAEJ et MDA<sup>83</sup> ;
  - Préconiser la création de GIP ;
  - Faire passer de l'état de « cahier des charges » joint à une simple note ministérielle pour un appel à projet d'un programme à durée limitée (2005 – 2010) à celui d'annexe à une circulaire du Premier ministre, la présentation de ce référentiel<sup>84</sup>.
- [254] La signature par le Premier ministre lui-même est justifiée par :
- Le caractère interministériel du dispositif MDA, qui est principalement dans le champ de compétence du ministre chargé de la santé ainsi que des affaires sociales, mais doit aussi mobiliser, pour être pleinement opérationnel des moyens humains d'autres ministères (Education nationale ; Justice) ;

---

<sup>80</sup> La responsabilité opérationnelle de ce numéro de téléphone dédié a été confiée, depuis sa création en 1995 à l'Ecole des parents et des éducateurs d'Ile de France EPE – IdF

<sup>81</sup> sous directeur, chef de bureau et adjoint à chef de bureau, attaché ou contractuel, ... (voir liste des personnes rencontrées)

<sup>82</sup> Ainsi que lors de l'entretien avec des responsables de l'INJEP.

<sup>83</sup> avec une simple mention des ESJ qui ne peuvent être considérés que comme des organisations résiduelles

<sup>84</sup> Ce statut d'annexe à une circulaire clairement positionnée aurait valeur de référence pour une « labellisation » des MDA (voir annexe 6)

- Le signe qui doit être donné aux collectivités territoriales (communes, intercommunalités et surtout département), non seulement en termes de qualité de vie pour les jeunes habitants de ces territoires mais aussi en termes d'exercice de leurs compétences obligatoires (ASE pour les départements) afin qu'elles participent institutionnellement mais aussi financièrement.

**Recommandation n°1 :** Après l'avoir rénové, faire passer le cadre de référence des MDA du niveau de « cahier des charges » annexé à une instruction ministérielle de 2005, à celui d'annexe à une circulaire du Premier ministre.

[255] Une alternative à ce statut d'annexe à une circulaire signée du Premier ministre pourrait être un vecteur réglementaire, à l'instar des MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) dont le « cahier des charges » est annexé au décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011.

Quant à une reconnaissance des MDA à un niveau législatif, que certains interlocuteurs de la mission lui ont présenté en faisant référence aux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et aux centres de ressources autisme (CRA), cette voie se heurterait à des obstacles, sans répondre, ipso facto, aux besoins institutionnels des MDA (voir annexe 5).

## 1.2. Sanctuariser les crédits dédiés aux PAEJ

[256] De façon unanime les responsables rencontrés au niveau national signalent l'écart entre l'intérêt opérationnel des MDA, relayé par le discours politique et la réalité des moyens disponibles : faible niveau de crédits stables limitant la capacité d'intervention et la capacité de mobiliser des responsables des collectivités territoriales ; possibilité de faire appel à des aides de fondations, mais « spécificités » de celles-ci. Si ont été plusieurs fois mentionnées, ces sources de financement ayant permis l'installation ou le développement de MDA ou d'actions de certaines MDA, c'est aussitôt pour signaler leurs limites (voir 2ème Partie ; 2.4).

[257] Quant au Fonds d'expérimentation pour la jeunesse qui a attribué, en 2010 et 2011, des aides à environ 25 projets visant à « améliorer l'accès aux soins des jeunes », à condition de construire et mettre en œuvre un protocole d'évaluation ; seules 4 MDA ont cherché à bénéficier de cette source de financement en raison de son « coût de gestion » et la durée limitée de ces financements.

[258] Les expérimentations adolescents décidées par la CNAF et mises en œuvre sur la période 2010 – 2012, n'ont été citées par aucun des responsables des services de l'Etat, au niveau central et au niveau territorial, rencontrés dans le cadre de la mission sur les MDA. Pourtant, le montant total des crédits mobilisés atteignait 35M€ au total pour ces trois années. L'explication de cette méconnaissance tient très probablement d'une part à la discrétion de la CNAF et des CAF sur ces actions, étant donné leur caractère expérimental, d'autre part, à la volonté de la CNAF d'expérimenter des actions élaborées par des adolescents eux-mêmes, essentiellement comme alternatives à des propositions d'activités conçues et organisées par des adultes, enfin qu'elles n'avaient qu'une incidence indirecte sur la santé.

[259] Ce détour par un des principaux financeurs d'interventions sociales, au côté des collectivités territoriales, permet de prendre conscience du risque d'incohérence auquel pourrait conduire une série d'approches trop strictement thématiques. Or, la santé d'un jeune, son sentiment de bien être sont le produit de plusieurs composantes dont la capacité de ses parents à remplir leur rôle.

[260] Le dispositif MDA est indispensable et doit être sécurisé, mais pour être pleinement efficace, il doit être articulé notamment avec des dispositifs relevant du domaine « social » et celui de « l'insertion » :

- les dispositifs de soutien et d'accompagnement à la parentalité ; celle-ci se concrétise par des actions différentes selon les âges de l'enfant, mais un tel accompagnement, utile à certains parents d'adolescents peut être d'autant mieux préparé dans les années précédant cet âge ;

- les dispositifs d'écoute des jeunes, tels les PAEJ ;
- des dispositifs relevant de la protection de l'enfance, comme les actions de prévention spécialisée ;
- d'autres dispositifs de prise en charge de jeunes en difficulté, au titre de la protection de l'enfance, et au titre de la protection de la jeunesse (au sens de l'ordonnance du 2 février 1945, en cas de délinquance) ;
- les dispositifs mis en place pour prévenir les exclusions scolaires et la déscolarisation ;
- les dispositifs visant l'insertion socioprofessionnelle des jeunes.

[261] Les MDA, devenues rapidement dans les départements où elles ont été créées, les pivots opérationnels de la stratégie « santé des adolescents - jeunes » et recours pour certains d'entre eux (ainsi que leurs parents) sont étroitement dépendantes d'autres dispositifs, d'autres décideurs notamment ceux de l'Education nationale et, au total, de financeurs beaucoup plus nombreux que les seules ARS.

[262] Souvent « tête de pont » des MDA, remplissant un rôle complémentaire ou jouant souvent un rôle alternatif à celui d'un accueil par des professionnels d'une MDA, les PAEJ interviennent essentiellement dans le domaine social mais remplissent une fonction ayant valeur de prévention de problèmes de santé (parmi lesquels certains résultant de toxicomanies). La diminution de presque 50%, entre 2010 et 2012, des crédits de l'Etat attribués aux PAEJ a provoqué la fermeture de nombreux PAEJ ou la réduction drastique de leur activité. La poursuite de cette tendance mettrait en difficulté de nombreuses MDA.

**Recommandation n°2 : Maintenir, en 2014, les crédits de l'Etat attribués aux PAEJ au minimum à leur niveau de 2013 et étudier leur niveau nécessaire pour 2015, dans le cadre de conventions avec les communes (ou intercommunalités) et les départements.**

## **2. RECOMMANDER AUX ARS D'EXERCER LEUR ROLE DE PILOTE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE DES JEUNES EN FAISANT MIEUX APPEL AUX MDA**

[263] La création des ARS à l'article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) figure parmi les nombreux changements apportés par celle-ci. Au même moment environ où les ARS se mettaient en place, les services déconcentrés de l'Etat étaient l'objet d'une profonde réorganisation (voir décret n°2010-146 du 16 février 2010 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements).

[264] Ces deux changements, opérés de concert, produisent de multiples effets qui affectent indirectement mais fortement les MDA, d'autant plus que l'articulation entre PAEJ et MDA était précédemment réalisée aisément, au niveau des DDASS, en relation avec l'ARH et de façon coordonnée en CTRI (comité technique régional et interdépartemental)<sup>85</sup>.

[265] Les MDA sont, de fait, au carrefour de plusieurs types d'intervention pour la santé des jeunes ce qui pose des questions relevant de choix stratégiques, et d'autres de questions organisationnelles.

---

<sup>85</sup> Les CTRI réunissaient mensuellement, sous la direction du DRASS, les DDASS d'une région et, si besoin, le directeur de l'ARH

## 2.1 Demander aux ARS de bien faire apparaître les MDA dans leur stratégie de santé pour les jeunes

- [266] La réorganisation des services de l'Etat, positionnant d'un côté les ARS et d'un autre les DDCS(PP) et DRJSCS a compliqué la prise en considération par, les services de l'Etat, des besoins des jeunes et des réponses à y apporter. Comme l'indiquait à la mission le délégué territorial d'une ARS, resté en poste dans un département où il avait été nommé DDASS en 2009 : « maintenant ce n'est plus moi qui est responsable du suivi des MDA, mais une de mes collègues basée à l'ARS. Cela avait été pourtant bien pratique, au moment de la création de la MDA, que je puisse négocier directement d'un côté avec le conseil général, de l'autre avec le directeur du centre hospitalier dont j'instruisais le budget et, enfin, avec les services de l'ARH ».
- [267] Quant à un DDCS, il regrettait que peu de synergies aient pu être trouvées, dans le domaine de la jeunesse, alors que se trouvent sous son autorité des missions précédemment exercées d'une part, par la DDJS et, d'autre part, par la DDASS : « les besoins d'information des jeunes sont de nature complètement différentes s'ils s'adressent à un PIJ (point d'information jeunesse) ou un BIJ (bureau d'information jeunesse) ou un PAEJ ou une MDA. Dans un cas, ils sont en forme et ont envie de faire quelque chose, il suffit de les orienter vers de l'information. Dans l'autre, ce sont des jeunes en difficulté et il faut savoir les écouter pour savoir où est le problème ».
- [268] Tous les responsables des administrations de l'Etat rencontrés, situaient d'ailleurs logiquement à l'ARS la responsabilité du pilotage des MDA, dès lors qu'elles interviennent dans le domaine de la santé. D'ailleurs, aucun d'entre eux (en ARS, DDCS-PP, rectorat ou direction départementale des services académiques de l'Education nationale, ...) n'a cité la circulaire interministérielle DGCS/SD2C /DPJJ/SAD-JAV /DGESCO/SG-CIV/DAIC no 2012-63 du 7 février 2012 relative à la coordination des dispositifs de soutien à la parentalité au plan départemental alors que celle-ci mentionne explicitement les MDA et la PAEJ (voir annexe 7).
- [269] L'exercice du pilotage des MDA par les ARS, pour le compte de l'Etat et en relation avec les autres administrations de l'Etat, nécessite que soit combinés :
- une territorialisation des parcours de vie, de santé, de soins des jeunes, nécessitant la mobilisation de multiples acteurs sanitaires et sociaux ;
  - un bon équilibre entre l'indépendance d'action de la MDA et sa capacité effective d'orientation de certains jeunes vers l'établissement de santé « de recours », équilibre d'autant plus particulier si la MDA est juridiquement rattachée à un établissement de santé ;
  - la capacité d'appréciation de l'efficacité et de l'efficience de la MDA.
- [270] Les ARS des régions dans lesquelles la mission s'est déplacée ont fait des choix d'organisation très différenciés, allant d'une responsabilité déléguée aux délégations territoriales avec un simple suivi stratégique au niveau régional jusqu'à un pilotage centralisé au niveau de l'ARS. Les arguments utilisés pour justifier ces choix sont divers, outre le nombre de départements dans la région qui, s'il est très faible, fera pencher vers un suivi au siège de l'ARS de toutes les MDA de la région :
- Pour la désignation d'un responsable identifié au sein des services du siège de l'ARS pour toutes les MDA de la région : la spécificité des questions de santé mentale justifiant la présence d'un conseiller technique auprès de DG d'ARS, conjuguée avec l'importance des questions relatives aux souffrances et aux troubles psychiques dans l'activité des MDA ;
  - Pour le choix d'une responsabilité de principe dans chaque délégation territoriale : le besoin de proximité avec les décideurs locaux ainsi qu'avec les acteurs de terrain afin de bien comprendre, soutenir (et orienter les choix si besoin) les responsables de la MDA.

En outre, doivent être prises en compte, les modalités de choix des moyens financiers alloués aux établissements qui disposent des services de psychiatrie, par les services du siège de l'ARS.

- [271] Enfin, des observations de la mission, auprès de responsables des ARS, ressortent aussi :
- des discours pro-actifs des services des ARS sur la santé des jeunes et, dès lors, sur le rôle des MDA. Mais, sauf dans une ARS, cette volonté exprimée n'était pas traduite en engagement financier, au motif des contraintes budgétaires actuelles et à venir. Cet écart

entre une vision organisatrice et sa traduction budgétaire n'était, en outre, pas revue si était présenté par la mission quelques valeurs comme celles présentées au § 204 ci-dessus ;

- pour les services des sièges, une attention d'avantage portée sur l'évaluation des MDA ; sur la diversité des historiques de création des MDA ; ... que sur les conditions réelles de leur fonctionnement et leur capacité à développer leur action, malgré les réponses encore partielles apportées aux besoins.

[272] Cet ensemble d'observations fonde le besoin, cohérent avec la volonté gouvernementale exprimée lors du CIJ du 3 février 2013 ainsi qu'avec les priorités des PRS actuels en vigueur, de demander aux ARS de préciser le rôle des MDA dans la stratégie pour la santé des jeunes qu'ils élaboreront dans leur prochain PRS.

**Recommandation n°3 : Demander aux ARS de préciser, dans leur prochain PRS, la place des MDA dans leur stratégie de santé pour les jeunes.**

**Recommandation n°4 : Demander aux ARS une récapitulation des crédits attribués aux MDA à travers le FIR**

La légitimité de ces demandes particulières sera soutenue par le renouvellement du cadre juridique de portage du « cahier des charges de MDA » (voir la recommandation n°1).

## **2.2 Rappeler l'importance des délégations territoriales des ARS pour leur suivi des MDA et le soutien dont elles peuvent avoir besoin**

[273] Les ARS concentrent énormément de pouvoirs et disposent de moyens d'actions considérables, notamment financiers. Leur contribution financière directe au fonctionnement des MDA représente souvent plus de la moitié de leurs ressources. Mais des décisions prises par l'ARS ont un impact indirect sur le fonctionnement de la MDA.

[274] Ainsi, la mission a observé dans toutes les régions où elle s'est déplacée, que les MDA font appel à l'IREPS (instance régionale d'éducation et de promotion de la santé)<sup>86</sup> pour les besoins d'ingénierie qu'elle identifie et, réciproquement, l'IREPS fait appel aux MDA pour des questions relevant de la santé des adolescents ((hors questions spécifiques où elle peut faire appel à des organisations mieux positionnées : par exemple sur la lutte contre les addictions, la vie affective et sexuelle, ...))

[275] La création des FIR, dont les objectifs et conditions d'emploi ont été, récemment, précisés par la circulaire SG/2013/195 du 14 du mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013<sup>87</sup> renforcent les prérogatives des ARS. Des crédits accordés à tel ou tel acteurs du système de santé peut contribuer aux missions de la MDA.

[276] Enfin, la traçabilité des financements dans les budgets des CH, notamment ceux disposant de services de psychiatrie peut conduire à renforcer ses moyens.

[277] La compréhension de ces réalités, de faible granularité, mais très importantes pour un dispositif tel qu'une MDA ne peut que difficilement être perçue de loin, du siège de l'ARS (sauf dans le cas d'une « petite » région). Au contraire, les responsables d'une délégation territoriale (DT) pourront percevoir et apprécier ces réalités ; la territorialisation des politiques et des projets de santé et l'animation territoriale sont des missions de ces DT.

<sup>86</sup> L'action des IREPS est pilotée par l'INPES (institut national d'éducation et de promotion de la santé) mais le rôle de pilotage de proximité est assuré par l'ARS qui peut, en outre, « passer des commandes » à l'IREPS de sa région

<sup>87</sup> Cette circulaire avait été précédée de celle du 9 mars 2012, (SG/2012/145) relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.



### **Recommandation n°5 : Rappeler aux DG d'ARS l'utilité de leurs délégations territoriales pour le suivi et le soutien des MDA**

[278] Important dans le suivi du fonctionnement des MDA, dans leur soutien à la création et la bonne réalisation de projet correspondant aux besoins des jeunes sur les territoires de leur département, les DT d'ARS ont aussi un rôle moteur à jouer vis-à-vis des collectivités territoriales.

### **3. FAIRE PARTICIPER AU FONCTIONNEMENT DES MDA LES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET NOTAMMENT LES DEPARTEMENTS**

[279] La vie au quotidien des adolescents ou des jeunes ressort des compétences des communes, des départements et des régions ; leur santé en est un des éléments, qui peut se révéler essentiel. Le « découpage » du jeune, par tranches correspondant à des types de besoin, aboutit à des irrationalités. De très nombreuses collectivités territoriales l'ont bien compris et contribuent au fonctionnement des MDA (voir 2ème Partie ; 2.3).

[280] Les objectifs poursuivis peuvent être :

- la recherche d'une couverture territoriale, la plus complète possible, notamment des territoires urbains et ruraux ;
- l'articulation avec d'autres politiques publiques (ex. l'insertion et l'accès à l'emploi ; la politique de la ville ; l'aide sociale à l'enfance ...).

[281] Des responsables communaux, départementaux ou régionaux qui considèrent, à juste raison, que les questions des jeunes se posent et doivent être traitées au niveau des territoires de vie peuvent ainsi décider de financer à la fois un (ou plusieurs) PAEJ et la MDA.

[282] La question du financement de PAEJ et MDA est posée dans des termes plus pressants en cas de :

- désertification médicale, quand « nécessité fait loi » car l'argument du déplacement d'un certain nombre de jeunes dans une ville pour y suivre une scolarité au lycée ou au collège ne vaut que pour ces jeunes scolarisés et ne prend pas en considération leur vie réelle
- d'existence d'une « Maison des services publics » (ou dispositif approchant) qui peut faciliter l'installation d'un lieu d'accueil pour les jeunes et favoriser une dynamique partenariale locale.

[283] Cette question, posée à toutes les collectivités territoriales (et bien sûr aussi aux services de l'Etat) est plus vivement posée, d'une part, aux communautés de communes (d'agglomération / urbaines<sup>88</sup>) et d'autre part, aux départements.

---

<sup>88</sup> La loi n° 99-586 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale a prévu 3 types de communautés selon le nombre total d'habitants dans les communes qui les composent : moins de 50 000 (communauté de communes) ; de 50 000 à 500 000 habitant, (communauté d'agglomération) ; plus de 500 000 (communauté urbaines). Les cas particuliers (cas de département sans communauté de plus de 50 000 habitants) et évolutions ultérieures (niveau des seuils de population et création des « métropoles ») sont mentionnés ici pour mémoire

### 3.1. Les communautés de communes, d'agglomération et urbaines

[284] Les problèmes de santé des jeunes ne sont pas identiques selon les territoires, selon les régions, au sein d'une même région, comme le montre le travail des observatoires régionaux de la santé (ORS). Les conditions pratiques d'accès à la santé des jeunes, leur point de vue (et celui de leurs parents) et des professionnels rejoignent d'autres objectifs portés par les communautés de communes (d'agglomérations, urbaines). Si la santé ne figure pas parmi les compétences obligatoires de ces communautés, si beaucoup de communautés de communes ne disposent pas encore de centre intercommunal d'action sociale (CIAS), le mal-être des jeunes, les inquiétudes de leurs parents sont une préoccupation politique.

[285] A côté d'un PIJ (point information jeunesse), un PAEJ articulé avec une MDA peut apporter un service appréciable pour une somme modeste. C'est la voie choisie par certaines communautés de communes, participant, au prorata de leur population, à leur fonctionnement en contrepartie d'une intervention adaptée aux lieux, comme l'indiquait à la mission un DT d'ARS.

#### Un DT d'ARS

*« Ce n'est pas aux MDA d'ouvrir des permanences partout notamment sur les territoires et les zones dépouillés, par contre, elles peuvent sensibiliser et former les professionnels de proximité en première ligne sur la question de l'adolescence afin de renforcer le repérages précoces et créer des parcours de prise en charge sans rupture ; les communautés de communes peuvent les y aider »*

#### **Recommandation n°6 : Organiser la contribution des intercommunalités (sur la base de leur nombre d'habitants) au fonctionnement de la MDA qui intervient sur leur territoire**

[286] Cette contribution permettra de rendre effective cet « aller vers » qui requiert une importance capitale pour les MDA. Plusieurs projets d'« équipe mobile » ont en effet été présentés à la mission, mais se heurtait à des questions financières.

[287] Les questions posées aux conseils généraux, dont l'action sociale se déploie sur l'ensemble du territoire départemental et vers des publics de tous les âges sont à la base les mêmes que celles des intercommunalités. Mais les compétences des conseils généraux dans le domaine de la protection de l'enfance leurs donnent des responsabilités complémentaires.

### 3.2. Les départements ne peuvent se soustraire à leurs obligations légales

[288] Parmi les MDA qui se situent « à la marge » du cahier des charges, plusieurs ont été créées par un conseil général, voire constituent un de ses services et illustrent l'intérêt porté par un département à une MDA. Ainsi, dès 2005, un département a créé ce qu'il appelle « maison de l'adolescence »<sup>89</sup> et qui certes accueille tout jeune qui s'y présente, mais surtout des jeunes qui sont invités à s'y rendre par un professionnel de l'ASE. Une autre MDA, intervient presque exclusivement pour des jeunes de l'ASE.

[289] Au contraire, dans d'autres départements, l'absence de moyens apportés par le conseil général apparaît en contradiction avec l'exercice de ses compétences obligatoires en matière de protection de l'enfance :

- pour des jeunes et leurs parents qui traversent des difficultés éducatives telles qu'une intervention à domicile est décidée (par décision administrative ou judiciaire) ;
- pour des jeunes accueillis en institution ((par décision administrative ou judiciaire) ;

---

<sup>89</sup> Financée à 100% par le conseil général et n'ayant passé convention avec un établissement de santé, cette structure n'est pas une MDA au sens du cahier des charges

- comme aide à des jeunes bénéficiant d'un « contrat jeune majeur » ;
- en soutien aux équipes de prévention spécialisée.

[290] Les soutiens apportés à des MDA par des conseils généraux (et observés par la mission) prennent la forme d'intervention de professionnels du conseil général (assistant de service social éducatrice spécialisé ; infirmier) dans l'équipe de la MDA et/ou la forme de contribution financière.

**Recommandation n°7 : Rappeler aux départements qui ne contribuent pas au fonctionnement de la MDA (des MDA) implantée(s) sur leur territoire, d'y participer étant donné les compétences qu'ils doivent légalement assurer dans le domaine de la protection de l'enfance**

[291] Ces deux recommandations sur les responsabilités incombant aux départements et sur la mobilisation des intercommunalités auront d'autant plus de portée si elles sont précédées de prises de positions nationales à la fois sur les MDA et sur le financement des PAEJ, en visant une bonne articulation de ces dispositifs.

\*

[292] En pratique, si un cadre général d'action peut être défini au niveau national pour surmonter les réticences actuellement constatées, souvent expliquées par des particularismes locaux, il faut surtout compter sur la détermination de projets concrets et des dynamiques relationnelles. Les ARS ont un rôle privilégié pour impulser de telles évolutions, à côté des responsables de la MDA et, aussi, avec le soutien de leur association nationale, l'ANMDA.

#### **4. PRENDRE APPUI SUR L'ANMDA POUR SOUTENIR LE DEVELOPPEMENT DES MDA AU SERVICE DE LA SANTE DES JEUNES**

[293] Le rôle de l'Etat, au niveau national et grâce aux ARS, est primordial pour définir des stratégies et apporter les financements nécessaires à leur mise en œuvre. Il peut inciter les collectivités territoriales, leur rappeler leurs obligations. Mais, tout particulièrement dans le cas de dispositifs partenariaux où le rôle de leurs responsables est déterminant pour leur développement (voire pour leur création), le dynamisme et la compétence apportés par les pairs sont essentiels.

[294] Ceci explique l'importance du rôle que l'ANMDA peut jouer et d'autant plus qu'elle est légitime et compétente pour le faire.

##### **4.1 L'ANMDA est dès à présent la principale « tête de réseau » des organisations dédiées à l'écoute et la prise en charge des problèmes de santé des jeunes**

[295] MDA et PAEJ sont des acteurs essentiels dans l'écoute et la prise en charge de problèmes de santé des jeunes, les ESJ ne jouant maintenant (à la différence des années 1990 où ils ont eu un rôle précurseur) qu'un rôle marginal. Ces trois types d'organismes se sont, chacun, rassemblés au niveau national.

[296] L'accroissement du nombre de MDA, depuis 2010, est allé de pair avec le développement du rôle de l'association nationale des MDA (ANMDA). Or, dans le même temps, les deux autres organisations fédératives nationales, l'association nationale des points d'accueil et écoutes jeunes (ANPAEJ) et la Fédération des espaces santé jeunes (FESJ) avec lesquelles l'ANMDA se réunit en « inter – réseau », subissent le contrecoup des difficultés rencontrées par leurs membres respectifs.

[297] Les réalités vécues par les membres de ces organisations nationales influencent grandement leur capacité d'action et peuvent expliquer des choix stratégiques de leurs responsables. Les informations diffusées publiquement par ces trois organisations ainsi que les observations effectuées par la mission lors de ses déplacements conduisent à dresser un tableau très contrasté :

- plus de 1 200 PAEJ sont ouverts mais certains de ces lieux ne sont investis qu'à temps très partiel (un demi ETP, voire moins). De nombreuses organisations responsables de plusieurs PAEJ ont fait le choix, sous la pression financière créée par la réduction drastique des crédits de l'Etat au cours des années récentes, de maintenir une présence disséminée plutôt que de limiter leurs lieux d'intervention ;
- les 100 MDA, certes différentes d'un département à l'autre, sont toutes constituées d'une équipe structurée de professionnels de santé et du social, en relation conventionnelle avec un établissement de santé (pour des prises en charge de jeunes) ainsi qu'avec les institutions membres de son comité de pilotage (pour des interventions coordonnées avec les professionnels de celles-ci) ;
- parmi les 30 ESJ, dispositifs précurseurs dans la santé des jeunes, certaines sont devenues MDA. Un tiers de ces ESJ est situé dans le département des Hauts de Seine ; un quart dans le département des Bouches du Rhône. Le territoire d'action de toutes ces ESJ est, au plus, à la taille d'une commune ou de plusieurs communes en zone périurbaine.

[298] A ces éléments chiffrés s'ajoutent les constats des articulations entre MDA, PAEJ et ESJ ; ils sont très variables selon les départements :

- entre MDA et PAEJ : dans tous les départements visités, des relations efficaces où les PAEJ jouent un rôle d'accueil de « première ligne » et bénéficient du soutien de la MDA (à noter le cas des Hauts de Seine, où MDA, ESJ et PAEJ ont adopté une organisation en réseau explicité, la MDA remplissant la fonction de « réseau des réseaux », entendu au sens que chaque organisation développe son réseau relationnel, dans un cadre dont le garant et le recours est la MDA) ;
- entre MDA et ESJ des relations courtoises (dans les Bouches du Rhône) ou très distendues (à Lyon où l'ESJ tient à préserver son rôle coûte que coûte) ou bien la question ne se pose pas (comme dans le Var, un des rares départements français sans MDA, mais avec un ESJ à Toulon). Quant au Hauts-de-Seine, le dispositif construit entre MDA, ESJ (9 dans ce département) et PAEJ (de l'ordre de 10 dans ce département) est un réseau de réseaux, dont la MDA est animateur et garant.

[299] Les productions écrites, diffusées par internet et les colloques ou conférences, tracent un peu plus encore la différence entre ces trois organisations nationales :

- La FNESJ n'a de visibilité que via son site internet où figurent des nombreuses informations actualisées mais qui ne sont le plus souvent que des reprises d'informations disponibles par ailleurs. La présentation est séduisante, mais d'une valeur pratique modeste pour des professionnels (et sans valeur pour des jeunes) ;
- Le site de l'ANPAEJ contient des informations structurées mais portant essentiellement sur des questions, pratiques ou générales, mais propres aux PAEJ ; et donc, de façon semblable au site de la FNESJ, de valeur pratique modeste pour des professionnels (et sans valeur pour des jeunes). Dans certaines régions, des professionnels des PAEJ échangent utilement sur leurs pratiques ;
- L'ANMDA apparaît comme l'organisation nationale la plus structurée et productrice de réflexions, même si cela n'apparaît pas bien sur son site actuel (le site de l'ANMDA est hébergé par le DERPAD jusqu'à l'ouverture de son nouveau site, avant la fin de l'année 2013).

- [300] Sachant fort à propos utiliser les compétences variées de ses membres (dans les domaines de la santé somatique, de la santé mentale<sup>90</sup>, de l'éducation, ...) l'ANMDA a su créer une dynamique de production et de diffusion de savoirs dont les journées nationales d'études<sup>91</sup> fournissent un bon témoignage. Les participants, appartenant aux MDA, y partagent leurs expériences et peuvent élaborer des stratégies communes de formation correspondant aux besoins repérés des professionnels et des territoires.
- [301] L'axe « formations et conférences » revêt une importance capitale dans la réflexion portée par le réseau des MDA comme le précise Patrick COTTIN, secrétaire général de l'ANMDA « *Nous sommes convaincus de l'utilité de former et d'accroître les connaissances des uns et des autres. Ces moments forts d'échanges et de partage des savoirs participent non seulement à la montée en compétence des équipes et des partenaires du dispositif mais optimisent aussi leurs interventions car ils apprennent à se connaître, à se parler, à s'identifier et à travailler ensemble.* »
- [302] Pour parfaire la construction de cette culture commune<sup>92</sup>, l'ANMDA est en train de finaliser (avant fin 2013) un « glossaire », fruit de plusieurs mois de travail d'un mouvement collectif avec l'aide d'une subvention spécifique de la DGS. Ce glossaire a pour but de fournir des repères utiles à des professionnels issus de champs disciplinaires différents et qui peuvent donc donner des acceptions différentes à de mêmes mots.

## 4.2 Le développement du nombre de MDA et le renforcement des compétences des professionnels devraient s'appuyer sur l'ANMDA

- [303] Trois types de risques, déjà présentés dans ce rapport, pèsent sur la satisfaction des besoins de jeunes et de leurs parents, ainsi que des professionnels :
- une absence de réponse, que cela soit dans un département sans MDA ou dans un territoire « mal desservi » d'un département avec MDA ;
  - des ruptures de parcours, par mauvaise articulation entre professionnels ;
  - des compétences insuffisantes des professionnels.
- [304] Une MDA fournit des réponses à ces trois types de risques. Ses responsables le peuvent d'autant mieux s'ils bénéficient d'un soutien. Les objectifs de l'ANMDA et la réalité de ses actions, sont cohérents avec ce type de soutien. L'ANMDA a structuré une organisation en 5 « grandes régions » et est aidée dans son rôle d'animation des MDA par l'intérêt que les ARS peuvent avoir à la diffusion de bonnes pratiques entre MDA d'une même région.
- [305] Quant aux besoins d'informations des jeunes ou de leurs parents « Fil santé jeunes » y apporte des réponses professionnelles à travers ses écoutants, ses réponses en ligne, ses « chats régulés » et son site internet.
- [306] Prises en considération toutes ensemble, ces observations permettent de dresser le tableau d'une situation évolutive et aussi de tracer des pistes d'avenir, car d'un côté, les responsables de l'ANMDA et, de l'autre, de Fil Santé Jeunes, réalisent des constats similaires et tracent des perspectives cohérentes entre elles.

### **Recommandation n°8 : Inscrire dans un cadre triennal la convention entre l'ANMDA et le ministère des affaires sociales et de la santé (direction générale de la santé)**

---

<sup>90</sup> Et du rôle moteur de plusieurs responsables de MDA au sein de la société française pour la santé de l'adolescent et/ou dans des formations universitaires (DIU de médecine et santé de l'adolescent)

<sup>91</sup> Les 6<sup>èmes</sup> journées se sont déroulées à Salon de Provence, les 30 et 31 mai 2013

<sup>92</sup> La « charte » rédigée par l'ANMDA et votée le 3 octobre 2008 est une illustration de la force de réflexion que constitue cette association

[307] La place de la DGS, vis-à-vis de l'INPES et de Fil Santé Jeunes et vis-à-vis de l'ANMDA permet de garantir la cohérence du dispositif national financé sur crédits d'Etat

## CONCLUSION

[308] L'avis de la mission est qu'un choix simple se pose entre 2 scénarii alternatifs :

- un scénario d'absence de « vrai choix » au niveau national laissant de nombreux jeunes et leurs parents résidant dans des territoires urbains ou ruraux sans réponse correspondant à leurs besoins et les professionnels qui y travaillent démunis pour y répondre
- un scénario d'impulsion d'une nouvelle dynamique passant par une relance du dispositif MDA articulé avec les PAEJ

Les MDA ont montré leur efficacité avec des ressources financières modérées en regard des enjeux et des moyens alloués par ailleurs. Faut-il encore que les MDA déjà actives et celles qui doivent être créées, disposent de ces ressources, de façon stable. Les réalisations des huit dernières années montrent que des dynamiques partenariales « locales » peuvent se construire, dès lors qu'elles bénéficient d'un véritable soutien des pouvoirs publics.

Fadéla AMARA

Pierre NAVES





## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Après l'avoir rénové, faire passer le cadre de référence des MDA du niveau de « cahier des charges » annexé à une instruction ministérielle de 2005, à celui d'annexe à une circulaire du Premier ministre.	DGCS, DGOS et DGS (en lien avec DPJJ et DGESCO)	mars 2014
2	Maintenir, en 2014, les crédits de l'Etat attribués aux PAEJ au minimum à leur niveau de 2013 et étudier leur niveau nécessaire pour 2015, dans le cadre de conventions avec les communes (ou intercommunalités) et les départements.	DGCS	4 <sup>ème</sup> trim 2013 (crédits 2014) mars 2014 (crédits 2015)
3	Demander aux ARS de préciser, dans leur prochain PRS, la place des MDA dans leur stratégie de santé pour les jeunes.	SGMCAS	les instructions aux ARS sur la préparation des PRS
4	Demander aux ARS une récapitulation des crédits attribués aux MDA à travers le FIR	SGCMAS	Annuel
5	Rappeler aux DG d'ARS l'utilité de leurs délégations territoriales pour le suivi et le soutien des MDA	SGCMAS	Dans le cadre de la transmission d'info sur le prochain CIJ <sup>93</sup>
6	Organiser la contribution des intercommunalités (sur la base de leur nombre d'habitants) au fonctionnement de la MDA qui intervient sur leur territoire	Responsables de chaque MDA avec l'appui de l'ARS et de la DDCS-PP	Premier « état des lieux », fin 2015
7	Rappeler aux départements qui ne contribuent pas au fonctionnement de la MDA (des MDA) implantée(s) sur leur territoire, d'y participer étant donné les compétences qu'ils doivent légalement assurer dans le domaine de la protection de l'enfance	Préfet en relation avec DDCS-PP	Mars 2014
8	Inscrire dans un cadre triennal la convention entre l'ANMDA et le ministère des affaires sociales et de la santé (direction générale de la santé)	DGS	Mars 2014

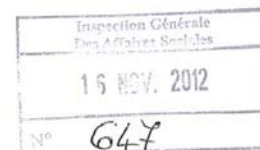
<sup>93</sup> CIJ = Comité interministériel de la jeunesse



# LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ



*La Ministre*

*Paris, le*

15 NOV. 2012

Cab MT/ AEM/MRD – mercure D.12-7147

Note à l'attention de  
Monsieur Pierre Boissier, Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

**Objet** : Evaluation de la mise en place du dispositif « maison des adolescents »(MDA).

**P.J** : Lettre Circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création des maisons des adolescents, ainsi que le cahier des charges dans sa dernière version de novembre 2009.

En 2004, le Gouvernement a souhaité étendre le développement des maisons des adolescents, jusqu'alors relevant d'initiatives locales, à partir d'un cahier des charges national et d'une circulaire annuelle cosignée par les directions alors concernées (DGAS, DGS, DHOS, DIF).

Le programme relatif à la mise en œuvre de ce dispositif s'est achevé en 2010 et il convient désormais d'en réaliser le bilan. Celui-ci comprendra, d'une part, une évaluation du dispositif pour laquelle nous sollicitons vos services, d'autre part, une étude d'impact sur la santé mobilisant des compétences d'étude/recherche et faisant l'objet d'un avis d'appel public à la concurrence.

L'évaluation demandée à l'IGAS s'attachera à :

- examiner la pertinence et le degré de réalisation des objectifs fixés dans le cahier des charges national ; interpréter les éventuels écarts relativement aux résultats escomptés ;
- décrire et analyser la gouvernance nationale du dispositif ;
- documenter les processus et modalités de mise en place des maisons des adolescents, notamment sous l'angle des partenariats et de la pérennité des financements (identification et bilan des financements apportés par les différents partenaires, mesure de leur investissement dans le projet), mais aussi sous l'angle de l'articulation avec les autres dispositifs répondant aux besoins des jeunes ;
- produire un état des lieux des données et systèmes d'information concernant l'activité des MDA (existe-t-il un système d'information dans toutes les MDA ? avec quel tronc commun ? quels en sont les points manquants ?) ;

- proposer une typologie de ces structures (montage institutionnel, organisation des services,...) ;
- identifier d'éventuels effets imprévus (facteurs favorisant, ou au contraire faisant obstacle au bon fonctionnement de la structure, notamment le maintien ou l'abandon des engagements pris par les partenaires lors de l'élaboration du projet initial, les modalités définies en matière de coordination avec les autres structures de prise en charge des adolescents...etc..) ;
- caractériser succinctement les MDA n'intégrant pas le programme ;
- proposer des recommandations à partir d'une analyse points forts/points faibles, concernant notamment les questions de pérennité.

Le cas échéant, la mission pourra également faire des recommandations pour le cadrage de l'étude d'impact.

Pour réaliser ces travaux, vos services pourront s'appuyer sur les trois directions générales concernées (DGS, DGCS, et DGOS) qui vous fourniront tout document utile, en particulier les résultats de l'enquête menée par l'administration centrale en 2011.

Je souhaite que le rapport de l'IGAS me soit remis au plus tard le 31 mars 2013.



Marisol TOURAINE

# LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

## Niveau national

### Institutions publiques

#### Ministère chargé des affaires sociales et de la santé

Cabinet de la Ministre :

Mme Catherine BISMUTH, Conseillère chargée des politiques publiques de santé

Mme Agnès ELMAJERI, Conseillère chargée des affaires sociales

Mme Mathilde MARMIER, Chargée de mission

Mr Olivier OBRECHT, Conseiller auprès de la Ministre, chargé de l'organisation et de l'animation de la politique de santé publique et de la sécurité sanitaire

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) :

Mme Valérie SAINTOYANT, cheffe de la Mission d'appui ressources stratégies

Dr Elisabeth FERY-LEMONNIER, conseillère général des établissements de santé, responsable des Parcours de Santé

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Mme Natacha LEMAIRE, Sous Directrice

Mme Christine BRONNEC, Chef de bureau

Mme Chantal VULDY, Chargée de mission

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Mme Paulette BENSADON, Chargée de mission jeune

Mme Hélène SIAVELLIS, Médecin Conseillère ???

Mr Jean François HATTE, Chef de bureau Protection de l'Enfance et de l'Adolescence

Direction générale de la santé (DGS)

Mr Patrick AMBROISE, Chef de bureau « Santé Population »

Mme Geneviève CASTAING, Chef de bureau

Dr Jean-Yves GRALL, Directeur Général

Mr Pascal MELIHAN-CHEININ, Directeur de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Mme Maryse SIMONET, bureau Santé mentale

Mme Flore MOREUX, bureau « Santé Population »

Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

Mme Véronique DELAUNAY-GUIVARC'H, responsable adjointe du département « enfance-parentalité »

Mme Eléonore FAUCHER, conseillère technique

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Mme Thanh LE LUONG, directrice générale  
Mme Stéphanie PIN, Responsable « pôle population et cycles de vie »  
Mme laetitia CHAREYRE « pôle téléphonie sociale - santé »

Mission appui en santé mentale (MASM)

Dr Catherine ISSERLIS, ancienne Chef de la MASM, conseiller médical à l'ARS Ile-de-France  
Mr Saïd ACEF, Chargé de mission

Premier ministre - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT):

Mme Françoise FOURNERET, Chargée de mission prévention

Ministère de l'Education nationale – direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) :

Mme Martine CARN, Conseillère Technique, Service social  
Mme Nadine NEULAT, Chef de bureau de la santé, de l'action sociale, de la sécurité  
Mr Roger VRAND, Sous Directeur des établissements et de la vie scolaire

Ministère des sports, de la Jeunesse de l'éducation populaire et de la vie associative – Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)

Mme Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY, Docteure en sociologie spécialiste des questions de santé et de genre, chargée d'études  
Mr Olivier TOCHE, Directeur

Ministère de la Justice – direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

Mme Maud GUIVARCH, Chef de section partenariat  
Mme Aurélie LORRAIN-ITTY, Adjointe au sous directeur  
Mr Damien MULLEZ, Sous directeur  
Mme Agathe PINEAU, Stagiaire  
Mme Laure VERMEASCH, Chef de bureau partenariat institutionnel

### Autres institutions

Collectif Santé Publique et Territoires

Mr Laurent EL GHOZI, Président, adjoint au maire de Nanterre

Comité National de Liaison des Associations de Prévention Spécialisées (CNLAPS)

Mr Bernard HECKEL, délégué général  
Mr Richard PIERRE, président

Ecole des parents et des éducateurs d'Ile-de-France (EPE IDF (responsable de « Fil Santé Jeunes »))

Professeur Philippe JEAMMET, président  
Mme Mirentxu BACQUERIE, directrice générale

Fédération des Espaces-Santé-Jeunes (FESJ)

Mr Christophe ALLUIS, chargé de communication  
 Mr Max DANIEL, président  
 Mme Peggy PERILLAT, coordinatrice  
 Mme Verena SABATINO, trésorière adjointe, directrice de l'ESJ Aubagne  
 Mme Emilie TOUCHOT, Directrice IMAJE SANTE (Marseille), membre du CA FESJ

Association nationale des points d'accueil et d'écoute jeunes (ANPAEJ)

Mr Marc LERAY, président  
 Mr délégué régional Midi-Pyrénées

Fondation Hopitaux de Paris - Hopitaux de France (HP-HF)

Mme Danuta PIETER, déléguée générale  
 Mme Laurence MARTIN, responsable de programme

Fondation de France

Mme Alix BERANGER, responsable programme santé des jeunes  
 Mme Mireille DAVIDSON, responsable du département santé

Union nationale des associations familiales (UNAF)

Mr François EDOUARD, vice président de l'UNAF, président du département « droit de la famille et protection de l'enfant »  
 Mr David PIOLI, coordonnateur du pôle « droit, sociologie et psychologie de la famille »

**Personnalités qualifiées**

Pr Marie Rose MORO, Directrice « Maison de Solen »  
 Dr Xavier POMMEREAU, Pédopsychiatre  
 Pr Marcel RUFO, Pédopsychiatre

\* \*  
 \*

**Au niveau territorial**

*La présentation ci-après est faite selon l'ordre chronologique des déplacements de la mission*

**Département des YVELINES****MDA Yvelines-Sud**

Mr Jean-Ignace DE BAILLOU, administrateur du RPSM 78 (réseau promotion santé mentale 78 Sud), directeur de l'institut Marcel Rivière (La Verrière)  
 Dr Francesca DI GIACOMO, médecin psychiatre  
 Pr Marie-Christine HARDY-BAYLE, médecin psychiatre  
 Dr Patricia LEFEBURE, médecin généraliste, chef de projet  
 Dr Hélène LIDA PULIK, médecin psychiatre  
 Dr Solène MARTIN, médecin généraliste

Mme Gaëlle PAUPE, psychosociologue, coordinatrice du réseau partenarial  
Mr Eric DUCOS, coordinateur RPSM 78

ARS (agence régionale de santé – délégation territoriale Yvelines)

Mme Myriam BURDIN, Chef de service, Responsable pôle offre de soin et médico-sociale  
Mme Véronique DUGLEUX, Médecin-inspecteur  
Mme Françoise NATAF, Chargée du suivi financier

DSDEN (direction des services départementaux de l'Education nationale)

Mr Jean-Michel COIGNARD, directeur des services départementaux de l'Education nationale  
Mme Sophie DESMURS, infirmière responsable départementale  
Dr Caroline MAURIN, médecin responsable départemental  
Mme Chantal PITTION-ROSSILLON, assistance sociale responsable départementale

DTPJJ (direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse)

Mr Félix ADAMCZYK, Directeur territorial  
Mr Bruno BRUNATO, Conseiller technique  
Mme Martine CAZAOULOU, Infirmière  
Mme Catherine CERVERA, Directrice stagiaire EPEI Sud Yvelines  
Mr Charly FLERET, Directeur du SE EPM Porcheville  
Mr Steevens TETU-DUMAS, Directeur EPEI Sud Yvelines

Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines - Institut de promotion de la santé (IPS) à Trappes

Dr Marilyne BREMENT-MARCHESSEAU, Médecin, directrice de l'IPS  
Et 2 brefs entretiens avec des techniciens de l'IPS et des personnels de santé intervenant au sein des locaux de l'IPS

Institut Marcel Rivière (La Verrière)

Mr Jean-Ignace DE BAILLOU, directeur  
Dr Manuella DE LUCA, médecin psychiatre  
Dr Fabien JUAN, directeur médical, médecin psychiatre  
Mlle J., adolescente (entretien individuel) + 7 jeunes en entretiens collectifs

Mission locale Saint-Quentin en Yvelines et environ

Mr Jean-Yves BLEE, responsable de l'antenne de Trappes  
Mme Marie-France GUILLON, Conseillère en insertion  
Mr François CHEMEQUE, Directeur de la mission locale

\* \*

\*



## **Département de la SEINE MARITIME**

### **MDA du Havre**

Dr Alain FUSEAU, médecin psychiatre, directeur de la MDA  
Mme Catherine DELTOMME, Assistante sociale  
Mme Sophie MIALHE, Puéricultrice  
Mme Gwenaëlle PARIS, Infirmière  
Mr Alexandre LONGEOT, Psychologue  
P. SOUSTRE, Psychologue  
Mme Catherine LESEIGNEUR, Cadre de santé  
Dr Farah BENSABER, médecin psychiatre  
Mme Corinne MARTIN, Secrétaire  
Dr Jean-Pierre ARSENE, médecin pédiatre, co-responsable de l'unité adolescent du Groupe hospitalier du Havre  
Mr et Mme XXX, parents d'adolescents  
5 adolescents au cours d'un « groupe de parole »

### **Groupe hospitalier du Havre**

Mr Philippe PARIS, Directeur général  
Mr Stéphane BLATTER, Directeur pôle Psychiatrie

### **Service de pédiatrie de l'hôpital MONOD**

Dr Pascal LE ROUX, médecin pédiatre, responsable des urgences enfants, président de la Commission médicale d'établissement  
Dr Jacques BOULLOCHE, médecin pédiatre, responsable de l'unité adolescent  
Mme VOISARD, Cadre supérieur de santé

### **Unité d'hospitalisation d'adolescents EQUINOXE**

Dr Béatrice CORON-URBANC, Médecin Psychiatre, responsable du service  
Mme Caroline JOUANNE, Cadre infirmier  
Dr Victoire MFUNDOHOU, médecin psychiatre

## **MDA de Rouen**

Mme Annie CHADEIX, Cadre de santé MDA (site ville)  
Mme Sophie KEROUEDAN, Psychologue Espace Parents  
Mr Patrice LETOURNEAU, Cadre supérieur de santé  
Mme Charlotte MAURICE, Cadre de santé MDA (site CHU)  
Dr Virginie ROUSSEAU, médecin psychiatre (site CHU et site ville)  
(Autres professionnels rencontrés sur sites : site ville et site CHU)

### **CHU de Rouen**

Mr Bernard DAUMUR, directeur général  
Pr Danièle DEHESDIN, médecin oncologue, présidente de la CME  
Pr Priscille GERARDIN, médecin psychiatre, responsable de la Fédération hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
Mr Jacques MEYOHAS, directeur général adjoint

Mme Christiane MONSCOURT, directrice chargée des pôles biologie ; femme, mère, enfant ; tête et cou  
Pr Christophe MARGUET, médecin pédiatre, chef du département de pédiatrie médicale  
(Autres responsables ou professionnels rencontrés sur site)

CH du Rouvray

Mr Benoit DEMAS, Directeur des affaires médicales et coopérations  
Dr Vincent BELLONCLE, médecin psychiatre  
Dr Marie José CHALAMET, médecin psychiatre responsable de l'unité mobile pour adolescent hospitalisé  
Dr Sadeq HAOUZIR, médecin psychiatre, Président de la CME

ARS

Dr Cécile BONNEFOY, médecin psychiatre, chef de projet santé mentale  
Mme Nathalie VIARD, Directrice de la santé publique  
Mme Christine LEFRAICHE, Responsable Pôle médico-sociale

DDCS

Mr Frank PLOUVIEZ, Directeur départemental

DSDEN

Docteur Alain COLLET, Responsable du service de promotion de la santé en faveur des élèves  
Mme Anne-Lyse DELBE, Infirmière responsable départementale  
Mme Monique FERME, Responsable du Service d'action sociale en faveur des élèves

DTPJJ

Mr Jean Marc VERMILLARD, Directeur territorial Haute Normandie

Conseil général

Mme Véronique MENAGER, Directrice du Service d'Aide sociale à l'enfance et de la Protection Maternelle et Infantile  
Mme DELAGNEAU, Infirmière, Service PMI-Actions de santé  
Mme LE MERRER, Inspectrice en charge de la protection de l'enfance (Le Havre)

Institut départemental de l'Enfance, de la Famille et du Handicap pour l'Insertion

Mr Frédéric DUCLOS, Chef du service d'accueil d'urgence

Communauté d'agglomération du Havre (CODAH)

Dr Agnès DEMARE-LECOSSAIS, Médecin généraliste, directrice « Santé, hygiène, environnement »,

Association havraise d'action et de promotion sociale (AHAPS)

Mme CLEMENCE, Chef de service  
Mme MURAT, Psychologue intervenant dans plusieurs PAEJ

Association «La Ligue Havraise » (notamment gestionnaire d'établissements ou services tels que IMP /SESSAD / ...)

Mme Magali POTTIER, Directrice du département enfance,  
Mme Nathalie LHOMME, Cheffe de service

Association « Les Nids » (gestionnaire d'une maison d'enfants à caractère social - MECS)  
Mr François LEBLANC, Directeur de la MECS

\* \*  
\*

## **Département du RHONE**

### **MDA de Lyon**

Mme Sophie FERRET, Agent d'accueil  
Mme Sylvie GARRIN, Secrétaire médicale  
Mme Elisabeth GERACI, Infirmière  
Mr Arthur JUVANON, Infirmier  
Mme Florence LANIER, Directrice de la MDA  
Mme Dominique LEBRUN, Directrice générale de la Mutualité Française Rhône  
Dr Nassikas KOSTAS, médecin pédopsychiatre et Responsable médical de a MDA  
Mme Angélique REMOND, Psychologue stagiaire

### **MDA de Villefranche-sur-Saône**

Mme Sylviane AULAS, Educatrice spécialisée  
Mme Muriel BLANC, Coordinatrice  
Mr André CHAUMENY, Infirmier  
Mme Géraldine DEBAUNE, Secrétaire d'accueil  
Mme Mélanie REALE, Conseillère en économie sociale et familiale

### **ARS Rhône Alpes**

Mme Séverine BATHI, Chef de service Prévention et Promotion de la santé  
Mme Muriel LEJEUNE, Directrice Handicap et Grand Age  
Mme Sylvie YNESTA, Conseillère technique  
Dr Karyne LECONTE, Référent Psychiatrie santé-mentale

### **DTPJJ Rhône Ain**

Mr Michel LORCY, directeur territorial  
Mr Hervé MAGNIN, directeur, responsable des politiques institutionnelles  
Mme Annie ROBERT, infirmière, cadre de santé

## **Partenaires de la MDA de Lyon**

### **Association Jean Bergeret (Lyon)**

Mme Isabelle BOUET-RIVOAL, directrice

### **Hospices civils de Lyon - hôpital femme-mère-enfant**

Pr Pierre FOURNERET, chef du service de psychopathologie du développement

Centre hospitalier Le Vinatier

Dr Thierry ROCHET, Responsable du département « hospitalisation des adolescents »

Espace Santé Jeunes (ESJ)

Mme Carole BOUVERON, Psychologue  
Mme Marie-Charlotte JOLIVET, Psychologue  
Mr Xavier VANDERPLANCKE, Responsable

**Partenaires de la MDA de Villefranche-sur-Saône (lors de 2 tables rondes)**

DSDEN du Rhône

Mme Corinne JEGO, Service social en faveur des élèves de la

Mairie de Villefranche

Mme Sophie LUTZ, maire-adjointe Famille-Enfance et Vie scolaire  
Mme Marielle VELUT, maire adjointe à la Jeunesse et Présidente de la Mission locale  
Mr François DUFRESNE, Directeur général adjoint  
Mr Grégory MILAN, Coordonnateur du programme de réussite éducative

Centre hospitalier de St Cyr

Mme Edwige BARMOUD, Educatrice spécialisée  
Mme Danièle LEBRAT, Infirmière de secteur Psychiatrique- Hôpital de St Cyr  
Dr Emmanuel SUCHET, Chef de pôle Pédopsychiatre- Hôpital de St Cyr

Association ARIA

Mr Ludovic CARRASCO, Educateur spécialisé  
Mme Emeline CREMET, Psychologue  
Mme Geneviève EYRAUD, Chef de service  
Mme Audrey NOTA, Psychologue

Mission Locale

Mme Catherine CORNIQUEL, Directrice adjointe

Autres institutions

Mr Xavier BRIDAULT, Directeur de « L'accueil résidence sociale »  
Mme Virginie VURT, PJJ – Villefranche  
Dr Françoise MICHELLAND, Médecin responsables santé Maison du Rhône (Conseil général)  
Mme Marie-Charlotte SILANO-DUBOIS, Intervenante sociale à (ADAVEM)  
Mr Christophe SOMNARD, ASEA  
Dr Laurence LANGEVIN, médecin pédiatre (hôpital Nord-Ouest)

\* \*  
\*

**Département de TARN ET GARONNE****MDA de Montauban**

Mme Camille ADAM-YAMPS, Service Civique  
Mr Paul-Elie BENHAMOU, Animateur Socio-éducatif, GEM ADO  
Mr Laurent BERGES, Educateur spécialisé  
Mme Céline EDET, Trésorière Adjointe *La Raison des Ado*  
Mr Daniel HACPILLE, Président de l'association *La Raison des Ado*  
Mme Elisabeth LAFONTAN, Psychologue  
Mme Estelle LATOUR, Secrétaire comptable  
Mme Stéphanie MARTY, Coordinatrice RESADO 82  
Mme Ingrid POTTIER, Responsable-Coordinatrice de la MDA  
Mme Patricia TERRAL, Trésorière *La Raison des Ado*

**ARS**

Mr Régis CORNUT, Délégué Territorial  
Mme Odette RAMEL, Sous Direction de la Promotion de la Santé

**DSDEN**

Dr Nadine MELAMEKA, Médecin de l'éducation nationale, Responsable départemental

**DTPJJ**

Mr Guy AICHOUBA, Directeur Territorial Adjoint

**Conseil général**

Mr Alexis DIEMER, Animateur, aide sociale à l'enfance  
Mr Jacques SABATIE, Responsable Service Prévention Jeunesse

**CDEF (Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille)**

Mme Angélique BARROIS, Psychologue  
Mme Audrey GIRAUD, Directrice

**Mairie de Montauban**

Mme Sophie BLANC, Coordinatrice PRE  
Mr Olivier COMBES, Directeur de la politique de la ville  
Mme Laurence PAGES, Adjointe à la Jeunesse  
Mme Maryline TREACY, Adjoint à la Parentalité

**Centre hospitalier de Montauban**

Mr BIXQUERT, Directeur  
Mr BOUCHEZ, Direction pôle d'activité

Dr Isabelle ABADIE Responsable médicale du pôle psychiatrie infanto juvénile  
Dr Patricia FERRON, Pédopsychiatre  
Mme Roselyne LAURENCON, Educatrice spécialisée au CAMPA Centre d'Activités Médico-Psychologique (et Thérapeutiques à Temps Partiel) pour Adolescents  
Dr Hélène PAILLARD, Praticien hospitalier CSAPA ELSA

**Association EPICE 82 (CAARUD)**

Mr Jacques BELET, Directeur  
Mr Nicolas PARMENTIER, Directeur adjoint

\* \*

\*

## Département de LOIRE-ATLANTIQUE

### MDA de Loire-Atlantique (à Nantes et à Saint Nazaire)

Mme Elise ALAMOME, Animatrice Multimédia  
Mr Bruno BURBAN, Accompagnant social  
Mr Mikaël BRODIN, Accompagnant social  
Mme Lynda BRUGALLE-COLLET, Accompagnante sociale  
Mme Mélanie CHIBRAC, Accompagnante sociale  
Mr Patrick COTTIN, Directeur et Vice Président de l'ANMDA  
Mme Yanna LE PEN, Animatrice d'accueil  
Mme Nicole MORIN, Assistante de direction  
Mme Hélène PICOT-GUIAVARC'H, Animatrice d'accueil  
Mr Pierre POITOU, Psychologue, Coordinateur clinique, EPE

### ARS

Mme Marie-Hélène NEYROLLES, Déléguée Territoriale

### DDCS

Mr Alexandre MAGNANT, Directeur adjoint  
Mr Fabien PEREIRA, Directeur départemental

### DDPJJ 44-85

Mr Jean Luc RICAUD, Directeur Territorial

### DSDEN

Mme Marie-Claude MICHAUD, Conseillère technique, Responsable départementale Service Social Scolaire

### Mairie de Nantes

Mme Aïcha BASSAL, conseillère Adjointe sur la Santé

### Mairie de Saint-Nazaire

Mme Marie-Christine BAUDET, Conseillère adjointe à la Petite Enfance et à la Santé Publique

### CHU de Nantes

Dr Daniel GORANS, Chef de Service de pédopsychiatrie SHIP-MUSE  
Pr Jean-Luc VENISSE, PU-PH Chef de Service d'Addictologie

### CH St Nazaire

Mr Patrick COLOMBEL, Directeur  
Dr Christian HAULLE, Chef de Service de pédopsychiatrie

Association Action Educative (AAE)

Mr Patrick MARTIN, Directeur Général

Association «Jeunesse et Avenir »

Mr Yan-Vari MAGREZ, Directeur de l'ITEP de La Baule

Association «La Rose des vents »

Mme Nathalie THIETARD, Directrice du CSAPA

Association Nazairienne de Prévention Spécialisée

Mme Maribel LETANG-MARTIN, Directrice

\* \*

\*

**Région POITOU-CHARENTES (déplacement au siège de l'ARS)****ARS (siège)**

Mr François Emmanuel BLANC, Directeur général  
Dr Paul LECHUGA, Directeur de la Santé Publique

**Département de CHARENTE MARITIME**ARS

Mr Gérard RECUGNAT, Délégué territorial Charente Maritime

MDA

Madame LESCURE, directrice

Centre hospitalier de La Rochelle

Dr Nathalie GAUFFENY, responsable médical, intersecteur adolescents

Conseil Général

Dr Guy TERRIER, Médecin inspecteur de santé publique

**Département des DEUX SEVRES**ARS

Mme Florence DUBOIS-LANGLAY, Adjointe de la Déléguée territoriale  
Mme GAELLE LE GARGASSON, Chargée de mission à la Délégation territoriale

Conseil Général

Mme Marie PALLIER, Directrice Enfance-Famille

MDA

Mr BOUET, Coordonateur de la MDA

**Département de la VIENNE****Centre hospitalier Henri Laborit**

Dr Nicole CATHELIN, Pédopsychiatre  
Pr Ludovic GICQUEL, Pédopsychiatre, Professeur des Universités,  
Dr Joël UZE, Chef du Pôle

\* \*  
\*

**Département des BOUCHES DU RHONE****MDA 13 Nord**

Mme Fatima BAKHTAOUI, Animatrice  
Mme Emilie BERGER, Service civique  
Mme Célia CHOBEAUX, Technicienne ESF, Référent RAP, éducatrice santé  
Mme Manon DELHOMME, Monitrice-éducatrice  
Mr Carmelo FRANCHINA, Directeur  
Dr Patrick GUEY, médecin psychiatre, ancien président de la MDA  
Mme Clémentine GUILLET, Responsable projets  
Mme Corinne LEFRANC, Directrice Adjointe  
Mme Laurence LEGENDRE, Infirmière  
Dr Pascale LOUARN, Pédopsychiatre, responsable du pôle de psychiatrie infanto juvénile  
Salon Miramas du centre hospitalier Montperrin, Présidente de la MDA  
Mme Sandrine PIORUNOWSKI, Conseillère en ESF  
Mme Candice PISIAS, Secrétaire chargée d'accueil  
Mr Sébastien PUJO, Référent antenne Chateaufort

**ARS**

Mr Paul CASTEL, Directeur Général  
Mr Roland CANTA, Référent régional Psychiatrie et Santé Mentale  
Mr Gérard MARI, Responsable Coopération et Réseau Santé  
Mme Nathalie MOLAS-GALI, Responsable Prévention à la Délégation Territoriale Bouches-du-Rhône  
Mme Marie-Christine SAVAILL, Déléguée Territoriale Bouches-du Rhône

**DDCS**

Mme Laetitia STEPHANOPOLI, Directrice Pôle Famille, Enfance, Associations sportives  
Mme Dominique TROVATO, Chargée de la Politique de la Ville

**DSDEN**

Dr Fabienne CALLOUE, Médecin Conseillère technique  
Mme Martine LENZI, Infirmière, Conseillère technique

**DT PJJ**

Mr Alain ROCHET, responsable du secteur Aix/Salon/Arles/Martigues

**Conseil général**

Mme FOULON, Directrice Adjointe de l'Aide Sociale à l'Enfance  
Dr Catherine GONZALES, Médecin, Adjointe à la Santé  
Mr François JEANBLANC, Chef de Service Action Prévention



Mr Jean Michel MATTALIA, Directeur de la Maison départementale de la Solidarité de Salon de Provence

Mr Michel TAGAWA, Conseiller Technique, Direction Enfance Famille

Maison départementale de l'adolescence<sup>94</sup> (Marseille)

Dr Guillaume BRONSARD, médecin psychiatre, directeur et médecin-directeur du CMPP

Mme Nathalie BRUNEAU, Directrice adjointe

Partenaires de la Maison de l'adolescence

- Mme TAURINES, Chargée de mission au Festival d'Art lyrique d'Aix en Provence
- Mme Mounia BRASSAC, Directrice pédagogique CMPP départemental
- Mme Carole TORTOCHOT, Assistante sociale au collège Anatole France (Marseille)
- Dr Nolven ROUVIERE, médecin pédopsychiatre Hôpital Salvator (Marseille)

Région Provence – Alpes Côte d'Azur

Mme Leïla DAGNET, Chef de Service Santé Alimentation

Mr Pierre NICOLA, Chargé de mission Santé, Service Santé Alimentation

Mairie d'ARLES

Mme Nora MAKHLOUF, Adjointe au Maire, Déléguée à l'enfance et à la prévention de la délinquance

Centre Social Barriol (Arles)

Mr Philippe SAMSON, Directeur

Mairie Salon de Provence

Dr Michèle BLANC-PARDIGON, Médecin Pédiatre, Conseillère municipale en charge de l'hygiène et santé publique

Mr Lionel MOYNET, Directeur de la Santé, de l'Environnement et de la Citoyenneté

CCAS de Chateaurenard

Mme Elisabeth ROUSSET, Directrice

CCAS de Miramas

Mme Claire BRACQ, Directrice

---

<sup>94</sup> La « maison de l'adolescence » des Bouches du Rhône, dont les modalités de fonctionnement sont très proche de celle d'une MDA mais qui n'a pas passé convention avec un établissement de santé et est financée à 100% par le conseil général n'a pas été considérée comme une MDA.

Mission Locale du Pays Salonais

Mr Eric SINOUSSE, Directeur  
Mr Jean-François BRUNEAU, Directeur Adjoint

Centre hospitalier de Salon de Provence

Mr Vincent PREVOTEAU, Directeur  
Dr Eric MOULENE, Pédiatre

Centre Hospitalier Montperrin (Aix en Provence)

Mme Hélène THALMANN, Directrice

Image Santé (Espace Santé Jeune – Marseille)

Personnes déjà citées ci-dessus à « Fédération des Espace Santé Jeunes »

Association Départementale pour le Développement des Actions de Prévention 13 (ADDAP 13)

Mr François SAUSSAC, Directeur du service « Etang de Berre »

**Autres Départements**

Des responsables et des professionnels d'autres MDA rencontrés à Salon de Provence, lors des Journées d'études de l'ANMDA, les 30 et 31 mai 2013 à Salon de Provence.

# ANNEXE 1 : Les OBJECTIFS des MAISONS DES ADOLESCENTS selon le CAHIER DES CHARGES

## II - OBJECTIFS DES MAISONS DES ADOLESCENTS

Les maisons des adolescents ont pour vocation de mettre en œuvre les objectifs généraux 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, qui ne sont pas actuellement prises en charge dans le dispositif traditionnel.
- 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 pour faciliter l'accès de ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels.
- Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge.
- Constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence (parents, professionnels, institutions). De ce point de vue les maisons des adolescents auront un rôle d'appui dans la mise en œuvre des entretiens de santé des 12-13 ans ainsi qu'en amont et en aval des consultations annuelles et gratuites de prévention prévues dans le plan Santé des Jeunes et concernant les jeunes de 16 à 25 ans.

Les objectifs opérationnels qui en découlent consistent à :

- Favoriser la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charge globales pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles (à la fois médicales, psychologiques, sociales, éducatives, voire judiciaires).
- Développer chez ces professionnels une culture commune sur l'adolescence.
- Organiser l'expertise interprofessionnelle sur des situations individuelles en vue de la définition d'une prise en charge précisant les engagements et les limites des différents intervenants.
- Evaluer le suivi des prises en charge et des méthodes dans un souci d'amélioration de la qualité de ces prises en charge.
- Assurer la cohérence des actions menées en faveur des jeunes sur le territoire concerné.
- Permettre un complet décloisonnement des secteurs d'intervention.

## III - CONDITIONS REQUISES

(...)

### 2. Missions des maisons des adolescents :

D'une manière générale, les missions des maisons des adolescents s'articulent autour de:

- L'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation
- L'évaluation des situations
- La prise en charge médicale et psychologique
- L'accompagnement éducatif, social et juridique.

S'il reste souhaitable de maintenir l'accueil d'un public adolescent large les maisons des adolescents s'adressent en priorité à des adolescents en proie à des difficultés faisant que leurs familles, les professionnels et les institutions atteignent, isolément, les limites de leurs compétences. Il appartient aux décideurs locaux d'élargir l'accueil à un public adolescent plus large en fonction des besoins identifiés localement et des ressources du territoire.

(...)

#### **4. Prestations proposées**

Les maisons des adolescents s'adressent principalement aux adolescents, mais également à leurs familles et aux autres partenaires intervenant dans le secteur de la santé, de l'éducation, de la justice, de la culture, du sport, de la sécurité...

##### Actions en direction des adolescents

Elles peuvent être individuelles (permanences de conseil et d'orientation dans les domaines social, éducatif, juridique..., consultations médicales, entretien avec un psychologue, entretien dans le cadre de la planification familiale, consultation de diététicien...) mais également collectives (groupes de parole, ateliers thérapeutiques...).

Elles sont organisées en articulation avec les structures intervenant en faveur des jeunes, notamment, les points accueil écoute jeunes (PAEJ) et les Espaces Santé Jeunes, qui sont des structures de proximité dont les missions doivent rester distinctes des maisons des adolescents.

Elles sont proposées dans le cadre de la maison des adolescents ou sur les différents lieux de présence des adolescents.

##### Actions en direction des familles

Elles doivent faire l'objet d'une réflexion partagée notamment pour ce qui concerne la place des parents dans la prise en charge.

Elles peuvent être individuelles ou collectives.

Elles s'organisent en articulation avec les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), ainsi qu'avec les Points info famille (PIF)

##### Actions en direction des partenaires

Des professionnels de la MDA peuvent :

- intervenir, à la demande des professionnels, au sein des institutions, établissements et services
- recevoir les membres d'une équipe venant présenter la situation d'un adolescent qu'ils ont en charge
- apporter un concours dans l'élaboration des contenus d'une formation destinée à des professionnels.

Les maisons des adolescents participent à la sensibilisation des professionnels intervenant auprès d'adolescents.

Elles ont vocation à être des lieux ressources avec notamment un centre documentaire sur la santé des adolescents.

## ANNEXE 2 : LES CONDITIONS DE CREATION DES MAISONS DES ADOLESCENTS SELON LE CAHIER DES CHARGES

### III - CONDITIONS REQUISES

#### **1. Analyse de l'existant et des besoins**

Le projet de maison des adolescents s'appuie sur un diagnostic des besoins du territoire et de l'existant. Celui-ci devra notamment faire l'inventaire de l'offre tant publique que privée, analyser les points forts et les points faibles et s'appuyer sur des éléments de connaissance de la situation locale des adolescents (données démographiques, sanitaires...).

Ce diagnostic doit être partagé a minima par les partenaires suivants : éducation nationale, justice, conseil général et autres collectivités locales, acteurs de la santé et de l'action sociale (ARH, DRASS, DDASS, missions locales...). Il doit également en tant que de besoin associer les autres acteurs concernés (police, gendarmerie...).

(...)

#### **5. Acteurs**

Les cinq compétences-clés sont : Santé, Action Sociale, Education, Justice, Collectivités territoriales.

Les acteurs principaux qui participent au projet de mise en place d'une maison des adolescents sont :

- les professionnels de santé, de l'hôpital et de la ville,
- l'Etat : Santé, Action sociale, Education nationale, Justice (procureur, protection judiciaire de la jeunesse), et l'Assurance Maladie,
- les collectivités territoriales,
- le secteur associatif

#### **6. Elaboration du projet**

Il est indispensable, dès la phase d'élaboration du projet, de mettre en place un comité de pilotage réunissant les principaux partenaires et les services concernés : ARH, URCAM, DRASS, DDASS...

Les acteurs principaux formalisent leurs apports et leurs engagements respectifs par voie de convention.

Ils veillent à associer l'ensemble des professionnels concernés par l'adolescence : représentants d'institutions (culture, sport, police et gendarmerie, missions locales), du monde associatif et du secteur privé...

Ces partenaires s'organisent en réseau afin de développer la prévention et d'éviter les ruptures de prise en charge.

Si les besoins du territoire le justifient, et sous réserve qu'il soit prévu un adossement à une MDA la prise en charge des adolescents peut être prévue dans le cadre d'un réseau de santé, au sens de l'article L 6321-1 du code de la santé publique.

### **7. Suivi de la mise en œuvre de la maison des adolescents**

Les partenaires ayant conventionné en vue de la création d'une maison des adolescents mettent en place un comité local de suivi qui a, entre autres, la mission d'évaluer la réalisation des objectifs fixés. Les modalités de cette évaluation doivent avoir été définies en commun dès le début du projet.

Le comité de suivi peut, s'il le souhaite, s'adjoindre des représentants d'institutions et d'associations concernées par l'adolescence.

## ANNEXE 3 : LES INDICATEURS PERTINENTS POUR APPRECIER L'ACTIVITE D'UNE MDA – L'EXEMPLE DU RAPPORT D'ACTIVITE TYPE ETABLI EN RHONE-ALPES

L'ARS Rhône-Alpes a souhaité que les MDA de la région disposent d'un document type pour produire leur rapport d'activité.

Après plusieurs itérations et concertations entre l'ARS et les MDA de la région, a été produit un document qui a été remis à la mission et est intitulé « Maison des Adolescents de \_\_\_\_\_ ; rapport d'activité - année 2012 »

Cette annexe vise à :

- présenter ce document
- commenter ce document
- mettre en perspective de cette initiative et ce document

### **1 : une maquette de 18 pages qui recense de très nombreuses rubriques**

Le document recense de très nombreuses informations dont peut avoir besoin un responsable (et un financeur) pour connaître une organisation :

- données générales de présentation
- organisation de la structure (dont les partenariats informels - 2.2.3 ; p. 5)
- fonctionnement (dont les modalités d'ouverture au public - 3.1 ; p. 6 et 7 et les personnels selon leur relation juridique avec la MDA : budgétisés par la MDA ; mis à disposition ... ; 3.2 ; p. 8)
- activité de la MDA (par type d'activités ; p. 9 à 17)
- données budgétaires
- éventuelles difficultés rencontrées et particularités locales
- projets éventuels

La présentation de « vignettes » illustratives est prévue.

Le renseignement de ces 18 pages, conduit à la production d'un document de 50 pages environ.

### **2 : intérêts et limites de ce document**

#### **intérêts de ce document**

- pour l'ARS et la MDA : de très nombreuses informations constituant une base commune pour des discussions ;
- pour l'ARS : une présentation homogène, facilitant la lecture ... voire des comparaisons entre MDA.

#### **limites de ce document**

- n'incite pas à une « mise perspective » de l'action de la MDA, notamment dans ses relations avec ses partenaires ;

- quelques impropriétés de vocabulaire (exemple « consultation » est plusieurs fois utilisé, certes à côté du terme « entretien ») qui pourraient traduire une perspective issue de l'activité hospitalière.

### **3 : le risque d'une « surfocalisation » sur ce type de document**

Ce type de document, permettant d'établir des rapports d'activité « homogènes » permettant de comprendre le fonctionnement et l'activité des MDA présentent donc un intérêt indéniable mais aussi un risque potentiel « systémique ». En effet, une démarche « logique » serait de partir de partir des cinq observations suivantes :

- A : les MDA constituent des dépenses d'un montant total faible pour une ARS ;
- B : des rapports d'activité « bien construits » permettent de comprendre le fonctionnement et l'activité de chacune des MDA d'une région ;
- C : les ressources humaines de l'ARS sont limitées et doivent donc être économisées ;
- D : les ARS ont toutes constituées en leur sein un « cellule santé mentale et psychiatrie » capables de suivre aussi les MDA
- E : les MDA sont financées par le FIR, dont la gestion est centralisée au siège de l'ARS

Puis d'en arriver à la conclusion que c'est au siège de l'ARS de suivre les MDA, grâce à ce type de document.

Or, les membres de la mission IGAS ont pu observer que :

- les rapports d'activité, quels qu'ils soient (y compris très nourris de chiffres) ne fournissent qu'une vision partielle de la réalité. Les éléments d'informations fournies par les partenaires son indispensables pour bien comprendre la réalité d'une MDA ;
- la perception de la réalité d'une MDA par un membre des services du siège de l'ARS, aussi bien informé(e) soit-il (elle), n'arrive pas à intégrer des éléments qualitatifs qui ne peuvent être décrits et, a fortiori, quantifiés !
- l'opinion d'un décideur « éloigné » peut être polarisée par un élément qui perturbe sa compréhension de nombreuses autres données de réalité.



## ANNEXE 4 : LES BESOINS DE FINANCEMENT D'UNE MDA

La diversité des moyens dont disposent les MDA pour remplir leurs missions est importante. Plusieurs types de raisons contribuent à cette diversité :

- le territoire d'intervention de la MDA et l'importance de sa population ;
- les moyens des partenaires avec lesquels la MDA articule ses interventions ;
- les moyens alloués à la MDA par ses divers financeurs ou partenaires ; moyens financiers, moyens matériels et moyens humains par des mises à disposition de personnel.

Cette annexe explique le montant de 300K€ pour une MDA rayonnant sur un territoire de 400 000 habitants, présenté au § 141 (2ème Partie ; 2.5) à partir de deux approches ;

### **1 : une approche par les moyens nécessaires pour qu'une MDA puisse effectivement remplir ses missions**

Le cahier des charges le définit clairement et les observations réalisées par la mission IGAS « sur le terrain » en confirme bien la pertinence, une MDA, pour être efficace, doit remplir effectivement plusieurs types de missions. Ces missions/activités complémentaires à celles des services existant sur un territoire et qui améliorent la prise en charge « globale » des adolescents, ne peuvent être concrètement rendues que si la MDA dispose d'un effectif minimum de professionnels de plusieurs métiers (voir (2ème Partie ; 3)

Ainsi, sont nécessaires :

- un temps plein de médecin (généraliste ; pédiatre ; psychiatre, ...) : évalué à 90K€
- un temps plein de psychologue : évalué à 40K€
- un mi-temps temps d'infirmier : évalué à 25 K€
- un mi-temps d'éducateur : évalué à 25 K€
- un mi-temps de secrétariat : évalué à 20 K€
- l'équivalent d'un temps plein, pour le paiement « à la vacation » de professionnels

(les métiers dépendent des besoins locaux), de la stratégie de la MDA : évalué à 50K€ ;  
soit un total « arithmétique » de 250 K€

Quant aux frais liés à l'occupation de locaux, et de diverses dépenses de fonctionnement, ils peuvent être évalués à 50 K€

Ceci dit, certaines dépenses de personnels ou des frais matériels, peuvent être prises en charge par certains partenaires de la MDA, à travers des mises à disposition gratuite (ou au dessous de la valeur « normale »)

### **2 : une approche par les ressources dont disposent les MDA étudiées**

Les ressources dont dispose une MDA sont retracées dans son rapport d'activité. Cependant, dans un tiers des MDA dans lesquels la mission IGAS s'est rendue, la partie financière de leurs rapports d'activité ne prenait en compte toutes leurs ressources, pourtant souvent mentionnées dans d'autres parties de ces rapports. La mission s'est donc efforcée, dans le tableau présenté au § 95 (2ème Partie) de produire des estimations de l'ensemble des dépenses (et recettes de chacune des MDA dans lesquelles elle s'est rendue.

Les valeurs présentées dans ce tableau montrent qu'un niveau de ressources de 300K€ pour une MDA desservant un territoire de 400 000 habitants constitue un niveau « moyen » ou, autrement dit, que la plupart des MDA étudiées sont arrivés à atteindre ... mais sans certitude de pouvoir le maintenir et, souvent, au pris de gros effort de nature « administrative » pour arriver à obtenir toutes les différentes sources de financement.



# ANNEXE 5 : LES CENTRES D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE (CAMSP) UNE REFERENCE INTERESSANTE POUR LES MDA, DE MEME QUE LES CRA ET LES MAIA

La multiplicité des origines et la fragilité des moyens de fonctionnement des MDA, ont conduit plusieurs responsables de MDA rencontrés par la mission à estimer que les conditions de fonctionnement des CAMPS pouvaient constituer une référence intéressante pour les MDA.

## **1 : les objectifs et modalités de financement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)**

Les CAMSP sont décrits notamment à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique qui précise que « *lorsqu'un handicap a été suspecté, décelé ou signalé chez un enfant* », ses parents peuvent s'adresser à un CAMSP où « *la prise en charge s'effectue sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Elle comporte une action de conseil et de soutien de la famille ou des personnes auxquelles l'enfant a été confié. Elle est assurée, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions d'éducation préscolaires et les établissements et service (accueillant des enfants de moins de six ans)* »

L'étude qualitative réalisée en 2009 pour la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur l'intervention des CAMSP dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux montre que leur action est beaucoup plus large que de seules interventions individuelles : notamment la mise en place de partenariats avec de nombreuses institutions.

Le financement des CAMPS est assuré (en application de l'article L.2112-8 du code la santé publique) « *par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80 % de son montant et du département pour le solde.* »

Ces informations générales doivent être complétées sur le régime d'autorisation : accord conjoint du président du Conseil général et du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ; précision d'une « capacité réelle d'utilisation ».

## **2 : les CAMSP, une référence intéressante et qui ouvre vers d'autres types de structures (les Centres ressources autisme -CRA- et les MAIA)**

Un tableau permet de comparer les deux types d'organisation.

CAMSP	MDA
Enfants de moins de 6 ans	Adolescents / jeunes
Tous problèmes de santé ... annonciateurs/constitutifs d'un handicap	Tous problèmes de santé
Place des parents	Place centrale des parents
Partenariats	Multipartenariat ... traduit par des mises à disposition
Régime d'autorisation	Pas d'autorisation formelle, mais des conventions
Financements stables et prévisibles	Instabilité des moyens de fonctionnement, autour d'un noyau central constitué par les financements accordés par l'ARS (et d'autres institutions dans le cas d'un GIP)

Ce tableau permet de mieux visualiser :

- les similitudes entre les objectifs des CAMSP et ceux des MDA
- les différences en termes de cadre et de moyens de fonctionnement.

Cette dissymétrie, qui pourrait apparaître défavorable aux MDA, doit être mise en balance avec la souplesse du statut des MDA qui permet (et force) chacune à :

- s'adapter aux situations locales ;
- mobiliser des partenaires (des professionnels) de natures très diverses.

En pratique juridico-administrative, trois questions doivent être distinguées :

- l'existence d'une référence dans un texte de loi (dans un code : CASF ; CSP) ou dans un autre type de texte ;
- la détermination des financements ;
- le statut juridique de l'organisme porteur.

Les CAMSP existent depuis les années 1970 ; cette antériorité a facilité leur identification dans le 3° de l'article L. 312-1 du CASF, en application de la loi 2002-2.

Deux voies plus souples ont été utilisées au cours des années récentes pour répondre à des besoins organisationnels similaires :

- la circulaire du 8 mars 2005<sup>95</sup> a situé les Centres ressources autisme (CRA) dans le cadre du 11° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) en laissant ouvert la nature juridique de la structure support du CRA. La circulaire du 27 juillet 2010<sup>96</sup> indiquait d'ailleurs que si la plupart des CRA étaient des entités autonomes d'un établissement de santé, deux d'entre eux étaient constitués sous forme de GIP et de GCSMS ;
- le « cahier des charges » des MAIA a été précisé par décret (du 26 septembre 2011) et prévoit plusieurs catégories juridiques pour un « porteur » (voir 1.3.3 du cahier des charges) qui sont environ les mêmes que pour une MDA.

Le code de la santé publique (article L.2128-8) fixe un partage 80% (assurance maladie) - 20% (département) du financement des CAMSP. Ce sont les ARS qui sont responsables du niveau de celui-ci, de même que les ARS déterminent l'essentiel des ressources des CRA et des MAIA.

Pour ces quatre types de publics (enfants et adolescents en situation de handicap ; adolescents et jeunes adultes en « mal être » ; enfants autistes ; personnes âgées souffrant de troubles importants ainsi que leurs proches et les professionnels) les gammes de réponses « techniques » à leurs besoins sont assez proches. Pour autant, les types de solutions organisationnelles peuvent différer en fonction des objectifs à atteindre et de la prise en considération de données institutionnelles traduits dans des choix politiques.

Pour les MDA, la priorité est la mobilisation la plus large possible des organisations (et des acteurs individuels) au contact des adolescents, des jeunes et de leurs parents. Cet objectif nécessite qu'elles disposent d'un niveau de ressources financières (et humaines) suffisant et stable, ce à quoi leur statut juridique peut contribuer, mais qu'il ne peut pas « garantir ».

Pour les MDA, est donc préférable, la constitution d'une structure juridique partenariale stable, du type GIP, plutôt que l'idée d'« institutionnalisation » dans un statut de type CAMSP et qui serait à créer, ce changement étant très incertain car il nécessiterait une disposition législative.

---

<sup>95</sup> Circulaire interministérielle N°DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124 du 08 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED)

<sup>96</sup> Circulaire interministérielle N°DGCS/DGOS/DGS/CNSA/2010/292 du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre régionale du plan autisme 2008-2010

## ANNEXE 6 : LA « LABELLISATION » DES MDA UNE NECESSITE POUR EVITER UNE UTILISATION COMMERCIALE DE L'EXPRESSION, UNE METHODE SIMPLE POUR L'OBTENIR

Plusieurs responsables ont informé la mission de quelques initiatives à but commercial ayant utilisé l'expression « maison des adolescents » et ont exprimé leurs craintes que des parents ou des jeunes ne soient induits en erreur, à leur détriment. Ils ont exprimé le souhait qu'il puisse y avoir une « labellisation MDA ».

### **1 : les risques d'une utilisation commerciale de l'expression « Maison des adolescents »**

L'expression « maison des adolescents » est largement méconnue, voire inconnue. Mais elle véhicule une image positive, notamment grâce au MDA qui bénéficient des aides apportées la Sécurité sociale, l'Etat, les collectivités territoriales, etc.

Le risque d'une utilisation abusive de l'expression « maison des adolescents » est faible. Seulement trois établissements ont été mentionnés qui, au surplus ont rapidement changé de nom après que la demande leur a été faite par les responsables publics, très certainement par crainte d'un contentieux éventuel.

### **2 : La force juridique de la description des conditions de constitution et de fonctionnement d'une MDA dans une annexe à une circulaire**

La situation juridique actuelle est donc relativement protectrice d'un « label MDA ». Cette protection sera encore renforcée par la recommandation de la mission qu'une annexe à une circulaire reprenne, en l'actualisant, l'actuel « cahier des charges » des MDA.

La précision que toute MDA reçoit, de la part de l'ARS, une contribution à son fonctionnement constituera une « preuve » ; en effet, si a contrario un établissement ou service ne reçoit pas ce financement, il ne pourra pas se prévaloir d'être une MDA.

Ainsi, l'attribution d'une aide par l'ARS constituera, ipso facto, une « labellisation »<sup>97</sup>.

---

<sup>97</sup> Ce mécanisme permet de ne pas avoir à envisager l'hypothèse d'une labellisation résultant d'une adhésion à l'ANMDA, hypothèse que la mission a envisagé de sa propre initiative, qui poserait de multiples problèmes et ne pourrait donc qu'être abandonnée



## ANNEXE 7 : *(extraits de la)* CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE DGCS/SD2C /DPJJ/SAD-JAV /DGESCO/ SG-CIV/DAIC N° 2012-63 DU 7 FEVRIER 2012 RELATIVE A LA COORDINATION DES DISPOSITIFS DE SOUTIEN A LA PARENTALITE AU PLAN DEPARTEMENTAL

**Résumé** : (...) il vous est demandé par la présente circulaire d'organiser une coordination départementale unique des dispositifs de soutien à la parentalité dans l'objectif de rendre plus efficace leur pilotage et d'assurer une meilleure lisibilité des actions menées envers les parents. (...)

**Signataires** : La ministre des solidarités et de la cohésion sociale, le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, le ministre de la justice et des libertés, le ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative et le ministre de la ville

**Destinataires** : Messieurs les préfets de région (directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale outre-mer [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales de la cohésion sociale, direction départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les chefs de cour ; Mesdames et Messieurs les directeurs interrégionaux de la protection judiciaire de la jeunesse et Mesdames et Messieurs les recteurs d'Académie (pour information).

(...)

### **2. Les dispositifs concernés**

Les dispositifs de parentalité concernés au premier titre sont les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), les points info familles (PIF), le parrainage, l'accompagnement à la scolarité (CLAS) et la médiation familiale. La mise en œuvre et le suivi du protocole départemental de la médiation familiale doit se faire à présent dans ce nouveau cadre, dans le respect des modalités définies par la circulaire du 14 février 2011 relative au renouvellement des protocoles de développement de la médiation familiale.

Vous avez la possibilité, selon les dynamiques locales, d'élargir le périmètre de cette coordination à d'autres dispositifs tout en étant vigilant à maintenir une lisibilité des différentes politiques conduites par l'État.

Ainsi, d'autres types de dispositifs de soutien à la parentalité peuvent être complémentaires aux dispositifs de soutien à la parentalité mentionnés ci-dessus, et leurs responsables constituent localement des partenaires à part entière, même si leur pilotage doit être bien différencié. On peut citer :

- les dispositifs de prévention en direction des jeunes et notamment :
  - **les maisons des adolescents (MDA) ;**
  - **les points d'accueil et d'écoute des jeunes (PAEJ) ;**
  - les espaces santé des jeunes.
- les dispositifs et actions visant au renforcement de la coopération entre les parents et l'école dans une dynamique de coéducation, notamment « La Mallette des parents » ;
- les programmes développés dans le cadre de la politique de la ville, notamment le programme de réussite éducative (PRE) et certaines actions menées dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) ;
- le dispositif « ouvrir l'école aux parents pour réussir l'intégration » relevant de la politique de l'intégration ;
- certaines actions menées dans le cadre de la prévention de la délinquance peuvent également prendre la forme d'actions de soutien à la parentalité, notamment au sein des conseils des droits et devoirs des familles ;
- la protection judiciaire de la jeunesse, en particulier dans son rôle de coordination des acteurs de la justice des mineurs.

Par ailleurs, les collectivités territoriales au travers de leur mission de protection de l'enfance ou de prévention ont également développé de nombreuses initiatives.





## ANNEXE 8 : DONNEES QUANTITATIVES RELATIVES A DES MDA OU LA MISSION S'EST DEPLACEE

Les données présentées dans les deux tableaux ci-dessous sont issues des rapports d'activité de 9 MDA visitées par la mission. L'identité des MDA n'est pas mentionnée car certains nombres ont été « redressés » (en italique dans le tableau) pour présenter des données les plus homogènes possibles ; les lettres qui identifient les MDA sont les mêmes que celles figurant dans les tableaux 1 et 2 du rapport.

MDA	<i>Nombre d'habitants du territoire</i>	File active	Nombre d'adolescents accompagnés / orientés	% de filles	% de jeunes « orientés » par Ed. Nat. <sup>98</sup>	Nombre de rencontres avec ado.	Parents / familles reçus	Parents participant à un(des) groupe(s) de parole
F	400 000	151	151	52%	26%	260	120	nd
D	1 300 000	357	417	57%	28%	1103	279	163
G	400 000	330	252	45%	30%	510	213	6
J	250 000	384	226	54%	6%	226	107	nd
I	600 000	700	500	nd	nd	1500	200	100
E	1 300 000	1247	1247	57%	nd	5602	231	777
B	650 000	1273	1273	nd	nd	3512	nd	56
A	600 000	1663	1211	55%	19%	3627	203	87
H	600 000	996	950	58%	26%	3321	247	nd

<sup>98</sup> Un professionnel de l'Education nationale ou de l'enseignement privé



## SIGLES UTILISES

ANMDA	Association Nationale des Maisons Des Adolescents
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASV	Atelier Santé Ville
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CEF	Centre Educatif Fermé
CH	Centre Hospitalier
CIJ	Conférence Interministérielle de la Jeunesse
CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Contrat Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales
CRA	Centre de Ressource Autisme
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DASEN	Direction Académique des Services de l'Education Nationale
DERPAD	Dispositif Expert Régional Pour Adolescents en Difficulté
DGAS	Direction Générale des Affaires Sociales
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGESCO	Direction Générale de l'Enseignement Scolaire
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DIF	Délégation Interministérielle à la Famille
DPJJ	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DSDEN	Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale
ESJ	Espace Santé Jeunes
FESJ	Fédération Espace Santé Jeunes
FIQS	Fonds d'Intervention pour la qualité et la Coordination des Soins
FIR	Fond d'Intervention Régional
FSJ	Fil Santé Jeunes
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
ImPro	Institut Médico-professionnel
IME	Institut Médico-Educatif
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INJEP	Institut National de la Jeunesse de l'Education Populaire
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MAP	Modernisation de l' Action Publique
MDA	Maison Des Adolescents
MIG	Mission d'Intérêt Général
MILDT	Mission Interministérielle pour la Lutte contre la Drogue et les
OMS	Toxicomanies
ONDAM	Organisation Mondiale de la Santé
PAEJ	Objectif Nationale des Dépenses d' Assurance Maladie
PAJ	Points d' Accueil et d' Ecoute Jeunes
PEJ	Points Accueil pour les Jeunes
PIF	Points Ecoute pour les Jeunes
PJJ (DT)	Points Infos Familles Protection Judiciaire de la Jeunesse (Délégation Territoriale)
PRS	Projet Régional de Santé
SESSAD	Service d' Education Spéciale et de Soins à Domicile
SFSA	Société Française pour la Santé de l' Adolescent
SGMCAS	Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales
SROS	Shéma Régional d' Offre des Soins
SRP	Shéma Régional de Prévention
TCA	Troubles du Comportement Alimentaire
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales
UNML	Union Nationale des Missions Locales

## BIBLIOGRAPHIE

Dans la liste ci-après, les documents dont les références sont présentées dans le rapport, ne sont pas repris (sauf exception)

### I - OUVRAGES

Marie-Christine HARDY-BAYLE et Christine BRODEC, *Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner* Odile Jacob, 2003, 258 p.

Philippe JEAMMET (sous la direct<sup>o</sup> de) ; *Adolescences : Repères pour les parents et les professionnels* ; La Découverte – La Fondation de France ; 5<sup>ème</sup> édit. ; 2012 ; 233 p.

Philippe JEAMMET et Maurice CORCOS ; *Evolution des problématiques à l'adolescence : L'émergence de la dépendance et ses aménagements* ; édit. Doin ; 2010 ; 140 p.

Catherine JOUSSELME, Jean-Luc DOUILLARD, *A la rencontre des adolescents ; les écouter, les comprendre, les aider* ; Odile Jacob ; 2012 ; 272 p.

Marie-Rose MORO (sous la direct<sup>o</sup> de) ; *Troubles à l'adolescence dans un monde en changement: Comprendre et soigner* ; Armand Colin ; 2013 ; 240 p.

### II – RAPPORTS, ETUDES et autres DOCUMENTS de niveau national

#### Documents dans le cadre du Ministère des affaires sociales et de la santé

(Ordre chronologique)

*Santé des jeunes ; orientations et actions à promouvoir en 2002* ; Xavier POMMEREAU ; avril 2002 ; 33 p.

*Plan « santé des jeunes »* ; Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; février 2008 ; dossier de presse ; 38 p.

*Programme national nutrition santé (2011-2015)*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ; juillet 2011 ; 122 p.

*Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)*, Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale et autres ministères ; septembre 2011 ; 96 p.

*Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015* ; Ministère du travail et de la cohésion sociale ; février 2012 ; 41 p.

*Les parcours de santé – santé mentale des adolescents* ; Dr Alain CORVEZ – Dr Françoise DEMATEIS pour le Secrétariat général des ministères en charge des affaires sociales ; septembre 2012

*Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? - Guide méthodologique* ; direction générale de l'offre de soins (DGOS) ; octobre 2012 ; 76 p.

Autres documents (par ordre alphabétique des institutions ; puis des auteurs))

Défenseur des enfants ; *Les maisons des adolescents, pourquoi ? comment ?* ; avril 2003, 20 p.

Défenseure des enfants ; *Adolescents en souffrance – plaidoyer pour une véritable prise en charge* ; rapport thématique 2007 ; 122 p.

Inspection générale des affaires sociales (IGAS) *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques* ; Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Hélène STROHL-MAFFESOLI ; février 2004

Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP) ; *Agora débats/jeunesses n°63 – La santé des 15 – 30 ans* ; mars 2013

Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP) ; *Atlas des jeunes ses en France* ; Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY et Joaquim TIMOTEO ; décembre 2012 ; 96 p.

Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES) ; *Baromètre santé des jeunes et Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010* ; sous la dir. de François BECK et Jean-Baptiste RICHARD ; collection Baromètres santé ; juin 2013 ; 344 p.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) *Les élèves à l'infirmerie scolaire. Identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire* ; Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ; *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent - Expertise collective de l'INSERM* ; février 2013

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier ; *Les indicateurs en psychiatrie, Analyse de l'activité, mesure de l'efficience* ; novembre 2008

\* \* \* \*

Guillaume BRONSARD, Nathalie BRUNEAU et Marcel RUFO ; *MDA ... précautions d'emploi, gestions hospitalières, n0 511 – décembre 2011 ; 5 p.*

Alain FUSEAU et Patrick CHARDEAU (sous la dir. de) ; *Les Maisons d'adolescents ; Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 59 ; mars 2011 ; 66 p.*

### **III – RAPPORTS, ETUDES et autres DOCUMENTS de niveau régional ou infrarégional**

ARS Basse Normandie ; *Maison des adolescents du Calvados, rapport d'évaluation* ; février 2012 ; 70 p.

ARS Rhône-Alpes ; *Bilan de l'ouverture des Maisons des adolescents, Synthèse sur la région Rhône-Alpes* ; Blandine FORT, interne de santé publique ; mars 2011 ;

Christophe CANLER (pour Ecole des hautes études en santé publique – EHESP) ; *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* ; mars 2013 ; 60 p.

DRJSCS Languedoc Roussillon ; *Etats des lieux des points accueil et d'écoute jeunes(PAEJ) en Languedoc-Roussillon* ; juin 2011 ; 45 p.

DRJSCS Provence Alpes Côte d'Azur ; *Les points accueil et d'écoute jeunes en Provence-Alpes-Côte d'Azur au 31 décembre 2009* ; septembre 2011 ; 4 p.

#### **IV – SITES INTERNET :**

[www.anmda.fr](http://www.anmda.fr)

[www.anpaej.fr](http://www.anpaej.fr)

[www.derpada.fr](http://www.derpada.fr)

[www.fesj.org](http://www.fesj.org)

[www.sfsante-ado.org](http://www.sfsante-ado.org) (société française pour la santé de l'adolescent)

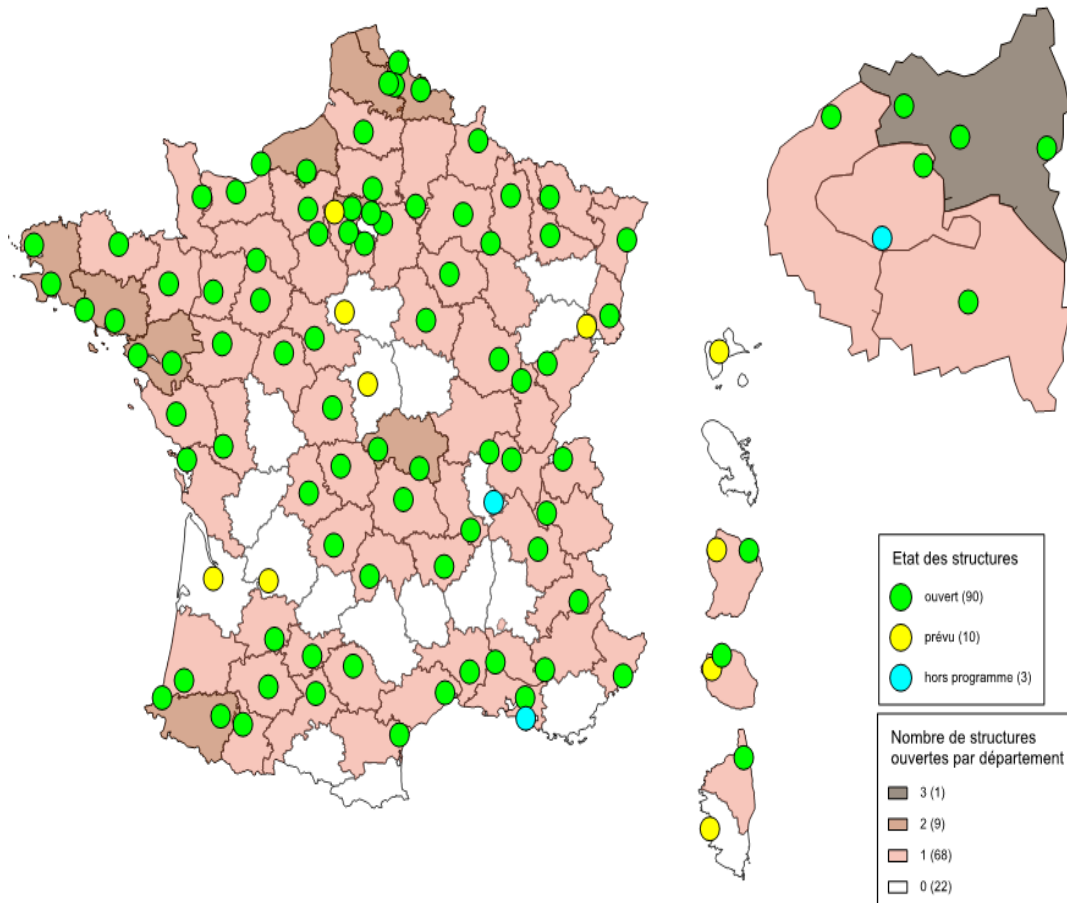




## PIECE-JOINTE :IMPLANTATION DES MDA AU 31/03/2013

### Programme National 2006-2010 de soutien à la création des Maisons des Adolescents

Situation au 01/03/2013 : 100 structures financées dont 90 ouvertes et 10 prévues  
3 structures significatives hors programme : Maison de Solenn à Paris, CH Salvador à Marseille, Clinique mutualiste à Lyon



Source : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé / DGOS R4 & USID 03/2013

