



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS**

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

**LES MAISONS  
DES ADOLESCENTS**

---

**Marc BUISSON - Francis SALLES**  
**Conseillers Généraux des Etablissements de Santé**

- Février 2009 -

## **SOMMAIRE**

INTRODUCTION.....	3
I - LES MAISONS DES ADOLESCENTS, UN INTERET RECONNU .....	4
1-1. Les bases du concept .....	4
1-2. Une approche novatrice des problèmes des adolescents.....	5
II - DES DIFFICULTES DE CREATION ET DE MISE EN SERVICE .....	6
2-1 : Il n'existe pas de registre unifié des Maisons des Adolescents.....	6
2-2 : Les maisons des adolescents financées ne sont pas toutes ouvertes .....	6
2-3 : Une pénurie de promoteurs.....	7
2-4 : Des financements multiples pas forcément pérennes ni suffisants .....	8
2-5 : Des procédures d'évaluation et de mesure de l'activité souvent embryonnaires.....	9
III - CONFORTER UNE POLITIQUE – LES RECOMMANDATIONS .....	10
3.1. Des pré-requis non dissuasifs pour les promoteurs de projet de Maison des Adolescents .....	11
3.2. Un « cahier des charges » ouvert aux spécificités locales fondé sur des objectifs à atteindre ...	13
3.3. La confirmation des objectifs nationaux déclinés par territoire .....	14
3.4. Une lisibilité renforcée pour des jeunes usagers ciblés.....	15
3.5. Les difficultés de gouvernance .....	17
3.6. L'évaluation des pratiques et du fonctionnement des MDA .....	18
3.7. L'enrichissement des pratiques, les échanges, la formation .....	20
CONCLUSION .....	21
ANNEXES.....	22

## INTRODUCTION

Le programme quinquennal élaboré en faveur des maisons des adolescents, issu des travaux de la Conférence de la Famille, a bénéficié, depuis 2005, d'un soutien financier conséquent de l'Etat.

Madame la Ministre de la Santé et des Sports a décidé de poursuivre cet effort sur les années 2009 et 2010, de façon à parvenir à une centaine d'implantations sur l'ensemble du territoire, soit une par département.

Dans cette perspective, il est apparu nécessaire qu'une étude soit menée sur ce type de structure.

En effet, si les maisons des adolescents répondent indéniablement à un besoin au sein du dispositif de prise en charge des adolescents, leur création et leur fonctionnement se heurtent à un certain nombre de difficultés auxquelles il convient de remédier pour l'avenir.

Par lettre en date du 4 juillet 2008, deux Conseillers Généraux des Etablissements de Santé ont été désignés par Madame la Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins pour mener cette mission, dont les objectifs sont :

1- de procéder à une analyse du fonctionnement des maisons des adolescents existantes, en évaluant la réponse apportée, sachant que l'objectif était d'en faire un lieu ouvert, apte à répondre à plusieurs attentes :

- permettre le repérage des besoins, y compris en terme de prévention.
- être un premier contact pour entrer dans le système de soins.
- constituer une approche pas forcément médicalisée et pas exclusivement psychiatrique de la prise en charge des difficultés rencontrées par les adolescents,

2- d'analyser le cahier des charges qui a été établi en vue de la création des ces structures et de proposer les éventuelles modifications à y apporter pour susciter de nouvelles candidatures de promoteurs, la question étant posée de la mise en place d'équipes mobiles ;

3- de définir les conditions et les modalités d'une labellisation ;

4- d'évaluer les contributions financières retenues à ce jour (financement MIG ou DAF, aide au démarrage DGAS, subventions de la Fondation Hôpitaux de Paris- Hôpitaux de France, participation d'autres contributeurs...).

## **I - LES MAISONS DES ADOLESCENTS, UN INTERET RECONNU**

### **1-1. Les bases du concept**

1-1-1 : La loi de santé publique du 9 août 2004 met en avant « le principe de protection de la jeunesse » ; les objectifs et les plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte l'amélioration de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents.

Une Conférence Régionale de Santé est créée afin d'élaborer un plan régional de santé publique qui doit décider des priorités et mettre en place les réponses appropriées.

1-1-2 : Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 insiste, entre autres objectifs, sur le développement des Maisons des Adolescents.

1-1-3 : La Conférence de la Famille 2004 a également préconisé le développement de ces structures, à l'image de la pionnière du Havre, créée en 1990.

1-1-4 : Le rapport Couty sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie présenté en janvier 2009 qui rappelle que "les maisons des adolescents, structures dédiées spécifiquement aux adolescents, veulent répondre à des besoins clairement identifiés de ces populations ; un lieu d'information, de paroles, d'écoute des jeunes et des parents, un lieu d'accompagnement, d'orientation et de soins". Il souligne que "la question de la généralisation de ces lieux se pose". Il précise : « S'il est souhaitable que ces maisons deviennent une offre de santé pour les adolescents et leur famille, leur généralisation devrait alors répondre à un cahier des charges national définissant le territoire d'activité, les objectifs thérapeutiques et d'accompagnement, les moyens nécessaires à leur fonctionnement ».

Les partenariats devraient clairement être définis entre l'Etat, l'Assurance maladie, obligatoire et complémentaire, les collectivités territoriales et notamment le département, le mécénat..."

Il formule en conséquence la recommandation suivante :

Recommandation n° 24 : "L'évaluation des pratiques et du fonctionnement des maisons des adolescents devra permettre de fixer les conditions d'une éventuelle généralisation de ces structures au niveau national".

1-1-5 : La population concernée

Selon l'Education nationale, 5,4 millions d'élèves sont scolarisés dans les établissements de l'enseignement secondaire : 3,2 millions en collège et 2,2 en lycée, suivis par 2000 médecins scolaires, 6800 infirmières scolaires et 2680 assistantes sociales.

Marie CHOQUET, chercheuse à l'unité INSERM 669, évalue à 40.000 le nombre des tentatives de suicide concernant chaque année des adolescents ; ces tentatives ont causé 621 décès recensés en tant que tels en 2004, contre 966 en 1993. En Europe, la France se situe dans la moyenne basse pour ce qui est du suicide des adolescents.

## 1-2. Une approche novatrice des problèmes des adolescents

Tous les acteurs auditionnés dans le cadre de la mission s'accordent à reconnaître l'incontestable intérêt des maisons des adolescents (cf. annexe 2 jointe).

### 1-2-1 : Une approche originale et de grande ampleur

Selon le professeur Marcel RUFO, « l'originalité de la Maison des Adolescents réside dans le fait qu'elle propose une prise en charge globale de l'adolescence, car il s'agit plus d'une médecine du sujet dans un statut - psycho social, affectif, voire médical, que d'une prise en charge spécialisée, par organe ou maladie. L'adolescent doit retrouver, dans ce lieu, tous les moyens de construire son avenir ».

1-2-2 : **Des objectifs ambitieux** définis dans un cahier des charges considéré par les acteurs comme clair et précis :

Les Maisons des Adolescents ont vocation à réunir les dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent.

Pour cela, il est indispensable qu'elles se fixent trois cibles :

- **Les adolescents eux-mêmes**, qui seront reçus de façon individuelle (sous forme d'entretiens, de consultations médicales, infirmières, de psychologue, de diététicienne...), soit de façon collective (sous forme de groupes de parole, d'ateliers thérapeutiques ou d'interventions dans les établissements scolaires).
- **Cet accueil doit être libre**, sans rendez-vous au moins la première fois, gratuit, anonyme, avec des horaires adaptés, dans un lieu unique et par une équipe pluridisciplinaire qui propose un traitement global et unifié des difficultés des adolescents en souffrance.
- **Les parents et les familles**, qui sont associées de façon effective à la prise en charge des adolescents concernés ; cette implication peut prendre la forme d'entretiens ou de forums organisés à intervalles réguliers.
- Lieux de rencontres et d'échanges, les Maisons des Adolescents ont vocation à rassembler **tous les professionnels**, collectivités territoriales et structures associatives amenés à intervenir, à un titre ou à un autre, auprès des adolescents.
- Sont concernés à ce titre : l'Education nationale, la Justice, la Police, la Gendarmerie, les Conseils généraux et autres collectivités territoriales, les acteurs de santé (médecine libérale et établissements hospitaliers) et de l'action sociale (ARH, DRASS, DDASS, missions locales...), les autres structures de prise en charge existantes (PAEJ, Fil Santé, Espaces Jeunesse, inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile), avec lesquels elles ne doivent pas faire double emploi, et tout le milieu associatif.
- Ce travail en réseau est primordial pour assurer une prise en charge globale. Dans ce contexte, les Maisons des Adolescents doivent impérativement avoir accès à

des lits d'hospitalisation réservés à cet effet et à aux consultations qu'elles ne peuvent pas assurer elles-mêmes.

## **II - DES DIFFICULTES DE CREATION ET DE MISE EN SERVICE**

### **2-1 : Il n'existe pas de registre unifié des Maisons des Adolescents**

Un des obstacles rencontrés lors de la mission a consisté à établir une liste exhaustive des structures existantes.

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.

La différence entre ces chiffres repose certes sur des ouvertures intervenues progressivement, mais aussi sur le fait que les listes ont été établies à partir des financements publics accordés ; en conséquence, des Maisons des Adolescents n'ayant pas bénéficié de fonds publics, car créées par une collectivité territoriale ou par le milieu associatif, peuvent ne pas avoir été répertoriées.

L'absence d'existence d'un registre d'agrément ne permet pas de disposer d'une liste exhaustive des Maisons des Adolescents.

### **2-2 : Les maisons des adolescents financées ne sont pas toutes ouvertes**

Les informations recueillies auprès des services de la DHOS, auprès des responsables de l'Association Nationale des Maisons des Adolescents, créée officiellement en octobre 2008 à Caen, ont fait apparaître des incertitudes sur le nombre de structures non encore en service, bien qu'ayant bénéficié de l'octroi de fonds publics.

Un questionnaire a été élaboré et adressé aux structures recensées. Sur 68 questionnaires envoyés, 32 réponses ont été retournées, soit un taux de réponse de 47 %.

Des informations obtenues lors des Journées des Maisons des Adolescents de Caen en octobre 2008, il ressortait que 26 structures étaient ouvertes à cette date ; depuis, les renseignements recueillis auprès de la DHOS, auprès des personnes auditionnées et les réponses au questionnaire montrent que s'est produite, ces derniers mois, une certaine accélération au niveau des mises en service, que nous avons pu dénombrer à 31. Il convient cependant de faire observer qu'il est très difficile d'obtenir des chiffres exhaustifs, à l'instar de ce qui se produit lorsqu'il s'agit, par exemple, de dénombrer les équipements lourds opérationnels à une date déterminée.

Ce que l'on peut affirmer, c'est qu'un peu moins de 50% des structures recensées sont en activité.

Si l'on tient compte d'un objectif de généralisation de 100, on doit considérer que le tiers de l'objectif est aujourd'hui atteint.

Les raisons invoquées pour expliquer les non ouvertures et qui ressortent des réponses au questionnaire sont diverses :

- des partenariats initiaux insuffisamment structurés à l'origine et qui se sont délités avec le temps ; il s'agit là d'un point qui revient fréquemment dans les réponses reçues ; il sera repris dans les préconisations car la notion de partenariat constitue un des fondamentaux incontournables d'une Maison des Adolescents.
- L'absence de convention écrite entre partenaires désirant créer une maison des adolescents est quasi générale, de même que la signature d'une simple lettre d'intention par chacun des partenaires.
- Les conditions de mise à disposition de certaines catégories de personnels, soit par des collectivités territoriales, soit par l'éducation nationale par exemple, ne sont pas suffisamment précisées et retardent souvent les mises en service.
- des enjeux de pouvoir ou de préséance entre les partenaires, notamment lorsque des collectivités territoriales sont impliquées. L'absence de comité de pilotage, constitué dès la phase d'élaboration du projet, représente un handicap certain à sa concrétisation, de même que la non désignation d'un « chef d'orchestre », par ce même comité, pour piloter le dossier le plus en amont possible.
- des enjeux professionnels et de résistance au changement ont été observés et ont eu pour conséquence de ne pas faire émerger certains projets ou d'en retarder la mise au point.
- des difficultés de recrutement de certaines catégories de personnels sont fréquemment invoquées pour expliquer des non ouvertures ; certains promoteurs peinent pour constituer l'équipe de base indispensable à la mise en service d'une Maison des Adolescents, notamment les médecins psychiatres et les personnels infirmiers.
- des problèmes pour trouver des locaux apparaissent également dans nombre de réponses ; une Maison des Adolescents doit en effet être installée dans des locaux bien situés géographiquement, en dehors d'un établissement de soins, accessibles facilement et adaptés au type d'activités.  
Lorsqu'ils sont trouvés par le promoteur, ils nécessitent souvent la réalisation de travaux qu'il convient par ailleurs de financer.

### **2-3 : Une pénurie de promoteurs**

- A ce jour, près du tiers des départements de métropole et d'outre-mer ne possèdent pas de Maison des Adolescents, aucun promoteur ne s'étant manifesté.
- Il est constaté un modeste intérêt des collectivités territoriales pour les Maisons des Adolescents, à quelques notables exceptions près ; elles ont initié très peu de projets, n'ont pas eu un rôle moteur dans la finalisation des partenariats, ont refusé ou retardé leur participation financière aux projets initiés par d'autres.

- L'intérêt du milieu associatif, actif sur des questions de santé pour les enfants ou les handicapés est faible pour les Maisons des Adolescents, à quelques rares exceptions près, au moins en situation de promoteur.
- Il découle de cela un quasi monopole des Etablissements Hospitaliers Publics, généraux ou spécialisés.

Les préconisations devront tenir compte de cet état de fait.

S'il apparaît indispensable de s'assurer de la qualité des projets présentés, la « labellisation » à mettre en place ne devra pas être dissuasive pour les éventuels promoteurs ; mais d'autre part, l'Etat ne peut renoncer à toute procédure de « surveillance » sous peine de risques de déviances. Il convient de mettre en place une méthodologie d'enregistrement aussi légère et simple que possible ouverte à tous les opérateurs, publics, associatifs ou issus de collectivités territoriales, qui garantira, pour ce public de jeunes non averti, des prises en charge conformes à l'éthique professionnelle.

## **2-4 : Des financements multiples pas forcément pérennes ni suffisants**

La multiplicité des financements possibles et pour certains leur caractère non pérenne, constituent des éléments perçus comme dissuasifs par les promoteurs.

### 2-4-1 : Des financements mobilisables pour l'investissement

- L'aide au démarrage octroyée par la DGAS variable selon les projets et pouvant aller de 6500 à 350.000 €.
- L'aide de la Fondation Hôpitaux de Paris- Hôpitaux de France qui a su susciter un mouvement significatif de mécènes sur les problématiques des adolescents en souffrance : si son importance est loin d'être négligeable, elle ne concerne pas tous les projets et son montant, ajusté aux besoins de chaque projet, peut varier de 10.000 à 655.000 €.
- La participation des collectivités territoriales : en règle générale, elle est relativement limitée et consacrée essentiellement aux projets dont elles sont elles mêmes promoteurs. Elle peut parfois revêtir la forme de mise à disposition de locaux par exemple.

### 2-4-2 : Des financements non pérennes mobilisables pour l'exploitation

- Financements réseau de santé par le FIQCS : tous les projets n'ont pu en bénéficier ; son montant est, en règle générale, de 53.000 €.
- Mises à disposition de personnels par l'éducation nationale, la justice, les collectivités territoriales, le milieu associatif : elles sont utiles, parfois indispensables, mais leur caractère non pérenne est souvent source d'insécurité pour les Maisons des Adolescents, dans la mesure où leur suppression peut mettre en cause le maintien d'activités sensibles, comme par exemple les ateliers thérapeutiques.



2-4-3 : Des crédits pérennes la plupart du temps insuffisants

Il s'agit de crédits d'aide au fonctionnement octroyés dans le cadre de l'ONDAM hospitalier ; le montant est en général de 156.000 € et ne permet pas, à lui seul, d'assurer le financement de l'équipe de base indispensable à l'ouverture d'une Maison des Adolescents.

## **2-5 : Des procédures d'évaluation et de mesure de l'activité souvent embryonnaires**

2-5-1: Une volonté unanime des acteurs d'évaluer leur activité, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif.

Il s'agit là d'un élément positif sur lequel il convient de s'appuyer.

2-5-2 : Une grande difficulté à définir des indicateurs pertinents :

- Les indicateurs quantitatifs qui ressortent de l'enquête et qui sont le plus fréquemment suivis sont:
  - . la mesure de la file active
  - . le nombre de consultations
  - . le nombre d'entretiens de groupe
  - . le nombre de rencontres avec les parents.

L'exploitation du questionnaire figurant en annexe n° 5, montre que ces données sont suivies et saisies de manière non homogène. On peut cependant repérer que :

- le volume des files actives atteint un maximum de 1280 adolescents pour une moyenne de 573
- le volume des consultations atteint un maximum de 6693 pour une moyenne de 1736
- les entretiens individuels atteignent un maximum de 8240 pour une moyenne de 1365
- les entretiens avec les familles se situent à un maximum de 2534 pour une moyenne de 486.
  
- Une grande pauvreté des indicateurs qualitatifs en dehors du taux de venues spontanées (de 10 à 52 %) et du nombre de sollicitations (pour animer des conférences par exemple), sollicitations qui varient de 7 à 80 par an selon les maisons ayant répondu à l'enquête.
  
- Une absence complète d'indicateurs d'efficience.

### III - CONFORTER UNE POLITIQUE – LES RECOMMANDATIONS

Les constats et observations qui viennent d'être exposés nous conduisent à suggérer un ensemble de préconisations pour pérenniser et généraliser l'ouverture de Maisons des Adolescents au niveau territorial et atteindre les objectifs de développements ministériels initiaux (une par département).



#### Le préalable financier

Mais avant d'énumérer nos suggestions, le dépouillement du questionnaire et les observations des répondants nous conduisent à retenir l'attention des autorités centrales sur les difficultés financières qui sont **rapportées dans plus de 60 % des réponses** qui nous sont parvenues.

La préoccupation majeure des promoteurs ayant ouvert une Maison des Adolescents est quasi systématiquement tournée vers un besoin de sécurisation financière; sans doute faut-il relier cette préoccupation relative aux Maisons des Adolescents à un contexte budgétaire aujourd'hui plus serré.

Toujours est-il que le montage financier initial pour les Maisons des Adolescents est généralement adossé à un système de financement croisé et aux flux étroitement complémentaires, les uns favorisant l'investissement, les autres l'exploitation. Ce montage est généralement incitatif et mobilisateur pour les promoteurs. Par contre, après la phase de démarrage, seuls, les crédits alloués par la DHOS au titre du programme spécifique, destinés à soutenir les actions de coordination des partenaires (en général frais de personnel) sont réputés renouvelables et attribués de manière pérenne.

Les coûts de fonctionnement classiques, d'entretien de structures... n'ont pas de couverture garantie dans le temps et ces incertitudes sont amplifiées par le régime des mises à disposition de moyens humains, financiers ou en nature qui sont la plupart du temps conditionnés par le renouvellement annuel de l'accord des différents partenaires.

Nous citerons une fois encore à titre d'illustration les difficultés éprouvées au niveau d'une importante Maison des Adolescents pour avoir l'assurance d'obtenir le renouvellement de la mise à disposition d'un poste d'enseignant dans un contexte de contractions de postes au Ministère de l'Education Nationale.

Les promoteurs et responsables de Maison des Adolescents sont réellement soucieux de la solidité et de la pérennité des engagements financiers des partenaires initiaux, craintes qui les conduisent quelquefois à précariser les quelques emplois complémentaires qui sont ouverts au recrutement.

C'est pourquoi si les autorités ministérielles décident de porter un message de généralisation des Maisons des Adolescents, nous recommandons qu'elles le complètent par l'invitation faite aux collectivités territoriales et à tous les départements ministériels déconcentrés de poursuivre leur engagement aux côtés de l'Etat et de la Fondation des Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France.



Des suggestions complémentaires peuvent être formulées ; elles sont regroupées en sept axes de réflexions et d'action :

- Les pré-requis pour les promoteurs porteurs de projet.
- Un cahier des charges ouvert aux spécificités locales.
- La confirmation des objectifs nationaux déclinés territorialement.
- Une lisibilité renforcée pour un public ciblé.
- Dépasser les difficultés ou les questions de gouvernance.
- L'évaluation des pratiques et du fonctionnement des Maisons des Adolescents.
- L'enrichissement des pratiques, les échanges, la formation.

### **3.1. Des pré-requis non dissuasifs pour les promoteurs de projet de Maison des Adolescents**

Pour les années 2009 et 2010 l'enjeu pour atteindre l'objectif de développement initial - soit une « maison » par département - consistera à mobiliser au minimum une cinquantaine de porteurs de projet compte tenu des structures aujourd'hui ouvertes ou en cours d'ouverture.

La plus grande part des départements actuellement orphelins n'a pas, pour des motifs variés, présenté de projet dans le passé ; le plus souvent le renforcement des moyens propres en pédopsychiatrie surtout, est perçu comme un préalable à tout investissement complémentaire et l'argument de délais d'attente supérieurs à 6 mois pour les consultations dans cette spécialité ou pour les prises en charge en structures ambulatoires, est mis en avant pour expliquer l'expectative. De fait, il faut aussi considérer que les promoteurs potentiels en grosse majorité sont des établissements publics de santé en charge au quotidien de problématiques et de situation d'urgence ou de situations complexes envahissantes.

Il sera pour cette raison recommandé de ne pas décourager des initiatives rares et méritoires par un volume dissuasif de pré-requis qui conditionneront l'acceptabilité du projet.

Néanmoins, il est nécessaire d'affirmer quelques principes essentiels incontournables constituant le « socle dur » de la politique nationale ; tout en veillant à laisser place à des formulations de projet qui, innovants, peuvent apporter des réponses adaptées à des spécificités locales.

Nous recensons 5 items qui nous apparaissent aujourd'hui porter les fondements de la politique des Maisons des Adolescents, fondements partagés par les structures que nous avons visitées ou que nous avons questionnées :

- 1- Le caractère pluridisciplinaire de l'offre de prise en charge qui par ailleurs doit être pluri-institutionnelle afin de matérialiser la volonté de rassembler un maximum de moyens existants et d'énergies coordonnées autour des adolescents.
- 2- L'ouverture de l'offre de service dans une « vision généraliste » tant aux adolescents qu'à leur famille.  
Il s'agit d'éviter une perception de ghetto réservé à telle ou telle problématique médicale ou d'addiction, pour identifier les Maisons des Adolescents comme des lieux d'écoute et de ressources pour prendre en charge ou éventuellement accompagner vers une orientation plus ciblée les situations qui seront toujours au moins sommairement évaluées. Il convient d'affirmer que ce qui fédère le public visé n'est pas la pathologie ou l'assuétude, mais l'**âge** et les préoccupations partagées.  
Il conviendra par cette approche généraliste d'écarter tout projet porteur de déviances par exemple en favorisant la prise en charge de pathologies trop exclusives, trop spécifiques ou de nature psychiatrique. On veillera simplement à l'intention affichée d'organiser un accueil large porteur d'une approche de Santé Publique - avec prise en charge mais aussi prévention – et d'évaluer les conditions d'accessibilité par la pertinence de la localisation, l'amplitude et la souplesse des horaires d'ouverture.
- 3- La volonté suffisamment marquée des partenaires (par une lettre d'intention cosignée par exemple) de mise en commun de moyens et de fonctionnement en réseau. En raison de difficultés de gouvernance que nous avons quelquefois observées, nous préconisons la mise en place d'un Comité de Pilotage du projet et la désignation d'un « chef d'orchestre » dans ce document d'intention, pour pérenniser la fédération des partenaires institutionnels initiaux.
- 4- L'adossement du projet à une structure suffisamment crédible pour garantir sa bonne fin. Le porteur de projet est par nature responsable de la pérennité des engagements et des actions conduites.
- 5- S'agissant du contenu du projet, il est essentiel que le réseau constitué permette l'accès à une séquence d'hospitalisation ou de prise en charge à temps plein chaque fois qu'elle s'avère indispensable.  
En d'autres termes, il n'est pas souhaitable qu'un projet de Maison vise avant tout à ouvrir un centre fonctionnant à temps partiel si la Maison des Adolescents n'apporte pas la garantie préalable d'une prise en charge possible à temps plein pour les cas les plus difficiles dans le réseau constitué.  
Que cette prise en charge soit possible selon les cas dans des unités d'hospitalisation de pédiatrie, de pédopsychiatrie, des familles d'accueil formées et aidées à la prise en charge de séjours de rupture..., relève d'ajustements aux spécificités locales ; mais il nous semble incontournable que le projet de la Maison des Adolescents apporte une garantie et **une plus-value de prise en charge pour les situations les plus difficiles**. Il convient sur ce plan de « sanctuariser » les rares capacités d'hospitalisation à temps plein pour les adolescents et de favoriser des prises en charge spécifiques chaque fois qu'un territoire en est dépourvu.

### 3.2. Un « cahier des charges » ouvert aux spécificités locales fondé sur des objectifs à atteindre

Son contenu actuel est simple, suffisant et compris de tous les interlocuteurs qui ont été approchés à l'occasion de la mission.

Il ne nous semble donc pas utile de le bouleverser ou d'introduire des éléments de complexité, ce qui constituerait par ailleurs un risque de dissuasion complémentaire pour tout promoteur disponible.

Il sera par contre pertinent d'en réaffirmer les principes essentiels, les plus-values à rechercher et les objectifs à atteindre en insistant sur la mission de coordination et en incluant l'exigence d'une évaluation régulière des pratiques.

- en premier lieu, il convient d'apporter **une réponse de santé publique** aux problématiques de l'adolescence – prise en charge et prévention – et de garantir une continuité de prise en compte dans et par le réseau constitué. Celui-ci embrasse des champs d'action qui sont médicaux, sociaux voire sociétaux.

La « porte d'entrée » des Maisons des Adolescents doit être aussi large et généraliste que possible. Complémentaire et surtout pas redondante avec les autres dispositifs existants qu'ils soient sanitaires ou sociaux, le premier contact en Maison est une écoute de caractère très polyvalent destiné avant tout à **décrypter la demande** pour l'orienter dans le réseau constitué vers une offre ou une possibilité de prise en charge pertinente. Souvent les Points d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) existants jouent ce premier rôle d'écoute et d'accueil ; ils ont naturellement vocation à être partie à la Maison des Adolescents

La lutte contre les addictions y est bien évidemment présente car il est essentiel de préserver les jeunes et le constat concernant l'alcool est inquiétant par la fréquence de consommations excessives et massives (binge-drinking). S'il appartient à l'autorité de l'Etat de prendre les dispositions adaptées pour réduire ou rendre peu accessible l'offre de « produits », il est essentiel que cette politique soit relayée et expliquée au plus près du public ciblé par des professionnels engagés. Les Maisons des Adolescents rassemblant professionnels de milieux différenciés (santé, éducation nationale, justice, travailleurs sociaux...) sont d'évidence des structures relais permettant d'amplifier et de donner du sens concret au plan « Santé Jeunes » visant à prévenir les conduites à risques où il sera aussi important de convaincre et de dissuader que d'interdire pour protéger.

- en second lieu, la Maison des Adolescents doit garantir **l'accueil par des professionnels formés** constituant une équipe de base minimum – équipe éventuellement fédérée par Convention. Il ne s'agit pas de mettre en place un dispositif substitutif aux institutions existantes mais de rechercher par l'association plus étroite des compétences existantes et mieux coordonnées, une réelle plus-value au bénéfice de ce jeune public.

- en troisième lieu, la Maison des Adolescents est l'occasion d'ouvrir **une offre de service sans rendez-vous**, au moins pour le premier contact, où sont proposés des informations, des conseils, des lieux d'écoute, d'orientation, d'évaluation, de prise en charge, si besoin est, des adolescents seuls... mais aussi des parents qui le souhaiteraient spontanément.
- enfin les partenaires fédérés par la Maison des Adolescents s'engagent à constituer par des mises à disposition de moyens humains, matériels ou financiers un **Centre de Ressources** (pas nécessairement un Centre de Référence) à vocation territoriale. Le maillage du territoire considéré, généralement le département ou partie de ce dernier, s'appuiera sur des compétences reconnues et existantes qui seront coordonnées en réseau.



La Maison des Adolescents constitue donc une structure d'accueil immédiat, hors urgence ou situation de crise aiguë ; par l'adhésion fédérative de ses membres, elle garantit la continuité de la prise en charge et la coordonne en formulant les orientations souhaitables ; elle veille à optimiser tous les dispositifs de prise en charge et souligne éventuellement les carences ou les imperfections par une évaluation régulière. On peut aujourd'hui formuler l'espoir, dès lors qu'une majorité de départements seront « équipés », de constituer autour de ces Centres de Ressources une politique territoriale de « **guichet unique** » pour l'Adolescent.

### 3.3. La confirmation des objectifs nationaux déclinés par territoire

L'objectif affiché de création d'une Maison par département constitue encore aujourd'hui une décision novatrice, de grande ampleur et fortement mobilisatrice pour les professionnels de proximité. Il conviendra d'apporter la précision d'«une au moins par département » en fonction des besoins qui sont à couvrir, besoins qui sont corrélés à l'importance de la population, à la nature sociale de l'habitat, à la distance et à l'isolement.

La couverture territoriale pourra s'appuyer sur des antennes fixes clairement identifiées dans un souci de lisibilité, innervées par des professionnels mobiles. Tant que le degré de développement n'est pas suffisamment avancé, le concept de Maison des Adolescents mobile au sens de nomade, nous apparaît aller à l'encontre d'un besoin d'identification pour les adolescents ou les parents en recherche de conseils ou de soutiens (Cf. III.4. ci-après).

Afin de promouvoir les réalisations effectives ou en projet d'ouverture dans l'année, il est pertinent d'envisager l'organisation d'une **campagne de promotion nationale**. Cette initiative pourrait être déclenchée dès lors que 50 % des départements disposeront effectivement d'une Maison ouverte, circonstance qui devrait intervenir vers le milieu de l'année 2009. (Cf. résultats de l'enquête effectuée et extrapolations).

Un site national d'information apportant un éclairage sur l'atteinte des objectifs, la localisation des Maisons des Adolescents ouvertes ou en projet validé, pourrait être positionné sur un site web existant et fréquenté par le public ciblé. Celui de « **Fil Santé Jeunes** » peut être suggéré dans l'immédiat. Rappelons rapidement que ce numéro téléphonique (32.24) gratuit depuis un poste fixe et désormais non surtaxé depuis un téléphone portable, reçoit environ un millier d'appels téléphoniques par jour de 8 heures à minuit. Fil Santé Jeunes gère également un site web qui reçoit 1 Million de visites par an depuis 2007.

### 3.4. Une lisibilité renforcée pour des jeunes usagers ciblés

3.4.1. Le **public** auquel s'adressent les Maisons des Adolescents mérite tout d'abord d'être **mieux et plus précisément défini**, car souvent des structures qui sont associées au réseau des Maisons des Adolescents sont ouvertes à des tranches d'âges qui vont au-delà de la définition commune de l'adolescence. C'est le cas des points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) qui s'adressent aussi à des adultes jeunes dont l'âge peut atteindre 25 ans.

Certes l'Organisation Mondiale de la Santé considère qu'une politique de santé pour les adolescents doit s'adresser à un public de 10 à 24 ans, mais l'OMS souligne immédiatement après que les adolescents entre 10 et 19 ans ont des besoins spécifiques en termes de santé et de développement. Il est d'évidence que sur les tranches d'âge supérieures les questions sociales, de logement, d'emploi... ne recourent pas totalement les préoccupations majeures des adolescents ayant plus naturellement vocation à être accueillis en structure dédiée. Il nous semble pour ces motifs qui plaident pour des actions ajustées à un public homogène, qu'il est nécessaire de définir un « cœur de cible » dans une tranche d'âge plus restreinte, celle des 11/12 ans allant jusqu'à 19/20 ans, nous apparaissant la mieux adaptée. Nous mesurons et l'ensemble de nos interlocuteurs lors de notre mission également, que l'accueil des jeunes nécessite une attitude d'ouverture et d'écoute quel que soit à quelques mois ou années près l'âge de l'utilisateur dont il faut par ailleurs assurer quelquefois le suivi.

Nous préconisons dans ces conditions de retenir un public ciblé sur les « années collège et lycée » qui garantit une bonne homogénéité des préoccupations tant des adolescents que des parents. Sur cette tranche d'âge en effet plus de 90 % des adolescents sont scolarisés en collège ou lycée et ils vivent également pour 90 % d'entre eux en foyer familial avec des parents, ensemble ou séparés.

3.4.2. L'effort de lisibilité d'une politique passe aussi par l'**identification** des structures qui sont en charge de la conduire. Incontestablement un effort est à faire ou à poursuivre sur un plan local, régional et national.

Un recensement unifié et régulièrement actualisé et documenté est à mettre en place. Ainsi que nous l'avons précédemment noté, la mission a eu quelques difficultés à repérer et à localiser les Maisons des Adolescents ouvertes ou en voie de l'être avec une suffisante certitude. Si la DHOS actualise régulièrement la liste des projets qui sont sélectionnés et financés sur des fonds publics nationaux, elle ne dispose pas d'information organisée pour suivre l'ouverture effective et mesurer le service rendu.

Certains promoteurs lui communiquent des éléments retraçant l'activité localement réalisée mais il s'agit d'une démarche volontaire qui n'est assortie d'aucune contrainte tant de forme que de fond, en dehors de l'obligation morale et générale de devoir rendre compte de l'utilisation de deniers publics. Ce suivi, nous l'avons au moins ponctuellement constaté, n'est pas non plus assuré par l'autorité sanitaire déconcentrée.

Il faut également souligner que les collectivités territoriales et/ou leurs groupements ont la possibilité de promouvoir ce type de structure d'autant qu'elles disposent de compétences spécifiques dans le domaine de l'enfance. N'étant pas placées sous la tutelle de l'autorité sanitaire, elles peuvent ainsi échapper au repérage de financement alloué par les ministères sociaux.

Cette circonstance est mise en évidence par l'existence et le fonctionnement depuis fin 2003 de « la Maison Départementale de l'Adolescent », 169, rue du Paradis à Marseille.

Structure en tout point remarquable dont le fonctionnement est en totale conformité avec le cahier des charges des Maisons des Adolescents, mais qui, ouverte sans intervention de crédits d'Etat et financée en régie par le Conseil Général des Bouches du Rhône, a échappé au recensement de la DHOS comme par ailleurs et sans doute pas exclusivement, celle de Tahiti (Maison de l'Enfant en danger).

Ces deux dernières réalisations sont par contre repérées parmi les 18 Maisons des Adolescents ouvertes que la Défenseure des Enfants recense dans son rapport très documenté de novembre 2007.

Rappelons que nous avons quant à nous dénombré fin décembre 2008, 31 Maisons ouvertes, évolution qui témoigne d'un bon mûrissement du concept.

Un effort d'identification est donc incontestablement à conduire ne serait-ce que pour permettre aux usagers adolescents ou parents de connaître les offres de service qui sont à leur disposition.

Le premier besoin est celui de la localisation qui nous a conduits à ne pas recommander – paragraphe précédent - le concept de « Maison mobile ». Par contre les antennes fixes innervées par des équipes mobiles seraient à repérer. Il peut être pertinent de réfléchir sur l'émergence d'un sigle qui pourrait être obligatoirement apposé sur les Maisons des Adolescents reconnues et leurs antennes ; l'idée de l'ouverture d'un concours national pour concevoir ce sigle par les adolescents en collège et lycée a été évoquée par quelques interlocuteurs dans le cadre de notre mission.

Le deuxième besoin est celui d'un recensement national aussi exhaustif que possible et régulièrement mis à jour (deux fois par an semble suffisant) ; l'autorité sanitaire déconcentrée pourrait avoir sur ce plan un devoir de remontées d'information vers le Ministère de rattachement.

Nous préconisons sur ce point l'ouverture et la tenue d'un registre officiel dont l'objectif sera d'identifier et de localiser les offres de service répondant au cahier des charges évoqué.

**3.4.2. L'utilisation d'internet** pour améliorer la lisibilité de l'information vers et pour les adolescents et leurs parents est aujourd'hui incontournable.



Certes le double rôle du web est souvent évoqué, encore récemment par la journaliste Martine LARONCHE dans le Monde du 19 novembre 2008 à l'occasion de dramatiques suicides simultanés.

Mais si l'émergence de pulsions morbides favorisées par le web peut effectivement constituer un danger, internet peut aussi constituer une aide potentielle pour organiser et diffuser l'information surtout vers un public adolescent qui utilise quotidiennement ce support.

Dans un premier temps, il s'agira de fournir aux adolescents et à leur famille les clés d'accès aux dispositifs existants, locaux, régionaux ou nationaux et aux procédures d'alertes téléphoniques ou informatiques.

Nous recommandons dans cet esprit de prendre appui sur des sites et des structures ayant déjà fait leurs preuves et fréquentés par le public ciblé.

Le site « fil santé jeunes » rattaché à l'INPES (Institut de Prévention et d'Education à la Santé) reçoit, rappelons-le, plus de 1000 appels téléphoniques par jour et un million de visites par an par internet.

Il serait commode et facile d'ouvrir une rubrique Maison des Adolescents sur laquelle tout d'abord se trouveraient toutes les informations utiles du registre officiel (Localisation géographique et adresse téléphonique au minimum).

### 3.5. Les difficultés de gouvernance

Un nombre significatif de nos interlocuteurs (directs ou par réponse à notre questionnaire) de l'ordre de 44 % et surtout parmi les promoteurs qui n'ont pu encore cristalliser le projet initial, a évoqué à l'ordre des difficultés rencontrées des problèmes de gouvernance quelquefois masqués par des questions protocolaires.

Lors de nos constats nous avons été amenés quelquefois à enregistrer des problématiques d'enjeu de pouvoir, de préséance (Cf. 2.2.)

Afin de dépasser ces difficultés nous nous autorisons à formuler quelques suggestions de facilitation et de méthode :

- L'existence nécessaire d'un partenariat pluri-institutionnel nécessite obligatoirement la passation d'une **convention**.

Nous avons pu mesurer que l'établissement définitif de ces accords était malheureusement long et souvent fastidieux, après la phase d'élan magique qui fait habituellement suite aux premières discussions sur le projet.

Nous préconisons, dès les toutes premières rencontres institutionnelles, la signature d'un **document d'intention**, cosigné par toutes les parties, solennel mais simple.

Cet engagement moral devrait être suffisant pour instruire le dossier et obtenir des promesses de subventions ou de financements indispensables à la conduite du projet. Cette simplification administrative permettrait aux promoteurs d'éviter tout blocage lié aux complexités de mise en forme d'une convention qui a vocation à associer généralement plusieurs collectivités locales mais aussi plusieurs services de l'Etat.

- Nous préconisons parallèlement la désignation d'un **Comité de Pilotage** sur un mode fédératif (un représentant par institution) en charge de la mise au point définitive du projet.
- Nous préconisons aussi la désignation rapide d'un **coordonnateur ou « chef d'orchestre »** nommé dans la lettre d'intention si possible, qui sera pourvu d'une autorité fonctionnelle pour la mise au point définitive du projet et la préparation de l'ouverture. Son mandat pourrait être prolongé si le Comité de pilotage et de suivi du projet le souhaite.

Tant sur ce dernier point que sur le précédent les résultats de notre enquête font ressortir un **véritable plébiscite** pour ces deux fonctions, comité de pilotage et chef d'orchestre. Dans l'un et l'autre cas 90,6 % des répondants les considèrent indispensables (Voir annexe n°5 jointe).

- La question de la nature juridique des Maisons des Adolescents peut aussi se poser et le processus de généralisation sur l'ensemble du territoire nécessitera une réflexion sur les diversités observables tant dans leur territoire d'activité que dans les financements ou dans leur nature juridique – services en régie d'un EPS, d'une collectivité territoriale, structure associative-

Le récent rapport d'Edouard COUTY sur les Missions et l'Organisation de la Santé Mentale Janvier 2009, y fait référence en regard de sa 24° recommandation.

Dans l'immédiat, l'objectif essentiel consiste à identifier et à crédibiliser une telle structure pour le public auquel elle s'adresse et pour les professionnels qu'elle souhaite fédérer autour d'un projet.

Si cela s'avère indispensable pour des raisons de gouvernance délicates, nous recommandons la formule du GIP (Groupement d'Intérêt Public) d'une grande souplesse, formule intermédiaire entre l'établissement public et le statut associatif. D'un fonctionnement simple, il permet des mises en commun de moyens financiers ou en nature et son Conseil d'Administration élit en son sein un Directeur qui peut être le « chef d'orchestre » qu'unanimement tous nos interlocuteurs consultés considèrent indispensables.

Pour permettre la participation personnelle de personnes physiques, la voie d'un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) sera recherchée.

### **3.6. L'évaluation des pratiques et du fonctionnement des MDA**

Tous nos interlocuteurs ont souhaité justifier leur activité et plus globalement les services rendus individuellement ou collectivement.

Par ailleurs et à très juste titre le Rapport COUTY évoqué recommande l'évaluation des Maisons des Adolescents avant leur éventuelle généralisation.

Force est de constater qu'actuellement cette indispensable évaluation ne peut être conduite que sur des bases pragmatiques, car il n'existe ni référentiels ni indicateurs d'activité imposés et renseignés par tous de manière homogène.

Toutefois les Maisons aujourd'hui en activité et celles que nous avons interrogées et qui seront prochainement ouvertes suivent ou se proposent de suivre et de justifier une activité et un service rendu sur des bases et indicateurs assez largement partagés. C'est sur ce constat que nous formulons les recommandations suivantes :

- **le service rendu** peut être globalement approché par les jours et les horaires d'ouverture au public ciblé adolescents et parents. L'étendue dans la journée des périodes d'ouverture pour couvrir les phases de disponibilités des adolescents après les horaires scolaires constitue une contrainte importante pour les professionnels mais signe un engagement fort.
- la permanence de l'accueil téléphonique au moins, relayé aux heures de plus faible activité par des secteurs ou services (par exemple hospitaliers de pédiatrie fonctionnant 24H/24) associés dans le partenariat est un gage de bonne organisation et d'association collective.
- pour ce qui concerne les **indicateurs** la quasi-totalité des Maisons est en mesure de fournir commodément quelques paramètres simples dans la dimension quantitative.

Nous recommandons que soient exigés :

L'importance de la file active  
 Le nombre d'entretiens individuels et collectifs  
 Le nombre de rencontres avec les parents  
 Le nombre et la nature des consultations.

Dans l'ordre des indicateurs qualitatifs nos constats mettent en évidence le souhait de nos interlocuteurs de mesurer le degré de notoriété de la structure dans son environnement et son territoire, de fait son rayonnement. Deux indicateurs seront recommandés dans un premier temps car relativement simples à saisir :

Le nombre de venues spontanées d'adolescents  
 Le nombre de sollicitations de la Maison des Adolescents pour animer des journées spécifiques pour les adolescents.

S'agissant d'indicateurs d'efficience, puis de performance, il sera utile à terme de rapporter le coût global de fonctionnement – sommation de tous les coûts supportés par des partenaires différents - à la file active par exemple. Pour l'heure une exigence dans ce domaine serait dissuasive et contre-productive par rapport à un objectif de généralisation.

Par ailleurs et pour tous, il est souhaitable de rendre obligatoire la production annuelle d'un **rapport d'activité** listant au minimum les marqueurs d'activité qui viennent d'être décrits.

Au-delà de l'évaluation se pose aussi la question de la **labellisation** souhaitée par certains qui y voient sans doute une forme de reconnaissance naturelle.

Si labellisation implique des procédures de contrôles, des vérifications de protocoles, de validation régulière de compétences...il faut y renoncer ; ces procédures seront perçues de manière dissuasive par les promoteurs potentiels et les services de l'Etat ne disposent pas de moyens suffisants pour garantir les exigences de ce type de procédure assimilable à une certification.

Il s'agit plutôt d'identifier et d'apporter un agrément collectif à des structures qui peuvent aujourd'hui être de statut très variable par leur rattachement à un EPS, à une collectivité territoriale, à une association.

C'est pourquoi nous recommandons, dès lors que pré-requis et cahier des charges sont respectés, dès lors que des éléments d'activité sont régulièrement fournis, que ces structures figurent sur **une rubrique agréée du registre** précédemment évoqué en III.4.2. (ci-dessus).

En d'autres termes, le même registre évoqué pourrait recenser les Maisons identifiées et celles agréées dans un souci de simplification. Ce registre d'agrément sera ouvert à toutes les structures quel que soit leur statut juridique.

### **3.7. L'enrichissement des pratiques, les échanges, la formation**

Nous avons été surpris par le nombre important de participants aux 3èmes Journées nationales des Maisons des Adolescents organisées les 13 et 14 octobre 2008 à Caen : 650 professionnels y étaient rassemblés.

Ce succès incontestable, quantitativement et qualitativement, signe le besoin d'échanges réguliers entre professionnels et la recherche de validation de pratiques ou d'échanges d'expériences par une communauté élargie. Nous avons noté un besoin et un souci d'harmonisation plus que de normalisation.

Il sera judicieux d'encourager la reconnaissance de ces journées annuelles comme cycle de formation. D'ores et déjà l'ANFH a accordé cette reconnaissance en 2008 ; circonstance qui favorise bien évidemment la participation importante des personnels mobilisables.

De la même manière et en direction du personnel médical, une prise en compte dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) produirait les mêmes effets et serait aussi à envisager.

Rappelons que ces journées ont été l'occasion de constituer une association nationale à vocation fédérative de toutes les Maisons des Adolescents – Association Nationale des Maisons de l'Adolescence.

Une assemblée générale s'est déroulée le 13 octobre en soirée et a adopté les statuts qui sont annexés au présent rapport. Elle a désigné un bureau provisoire également joint en document annexé.



## CONCLUSION

De création récente, les maisons des adolescents présentent un intérêt certain dans le processus de prise en charge des adolescents en souffrance.

Les recommandations figurant dans le présent rapport conduisent à affirmer qu'elles doivent veiller à conserver les caractères spécifiques qui les différencient des autres structures s'occupant des adolescents : prise en charge globale médicale, médico-sociale, sociétale des adolescents, association étroites des familles, implication et formation de l'ensemble des professionnels au contact des adolescents, notamment sur le repérage des signes d'alerte (personnels de l'éducation nationale, soignants, magistrats...).

L'augmentation de leur nombre constitue un objectif à atteindre dans les deux années qui viennent, de façon à offrir à la population au moins une maison des adolescents par département.

Pour cela, les pouvoirs devront promouvoir des actions incitatives pérennes fortes vis à vis des promoteurs potentiels, notamment sur le plan des financements.

Il serait souhaitable que les collectivités territoriales s'investissent davantage dans ce secteur et ne laissent pas un quasi monopole aux établissements publics, comme c'est le cas actuellement.

Les modalités d'une indispensable évaluation de ces maisons ne doivent pas être dissuasives. L'évaluation de ces dispositifs nécessite le suivi de quelques indicateurs d'activité de portée quantitative et qualitative dans un premier temps.

Les maisons des adolescents doivent concourir à la stratégie nationale volontariste de prévention et de lutte contre les addictions.

Comme le déclare la Défenseure de Enfants dans son rapport thématique 2007, « l'adolescence n'est pas une maladie. La plupart des adolescents vont bien. Quelques uns cependant se trouvent emportés, engloutis parfois, dans ce tourbillon de transformations du corps et de l'esprit qui les conduit vers l'âge adulte. Les « années collège » sont cruciales car... C'est durant cette période que commencent à s'exprimer les manifestations spectaculaires et douloureuses de la souffrance psychique : il faut savoir les repérer, les évaluer et orienter le jeune et ses parents dans des lieux adaptés d'accueil, d'écoute et de prise en charge ».

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : Lettre de mission**

**Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées**

**Annexe 3 : Cartographie des MDA - Dec. 2008.**

**Annexe 4 : Tableau de Financement des MDA - Dec. 2008.**

**Annexe 5 : Questionnaire**

**Annexe 6 : Charte des MDA adhérentes à l'Association Nationale des MDA**

**Annexe 7 : Statuts de l'Association Nationale des MDA**

**Annexe 8 : Bureau de l'Association des MDA**

## Annexe 1 : Lettre de mission



Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

Paris, le 5 AOUT 2009

00597

La Directrice de l'Hospitalisation et de  
l'Organisation des Soins

A

Monsieur Marc BUISSON  
Monsieur Francis SALLES  
Conseillers généraux des établissements de  
santé

Objet : Mission d'étude sur les Maisons des adolescents.

Messieurs les Conseillers Généraux,

Le programme quinquennal élaboré en faveur des Maisons des Adolescents, issu des travaux de la Conférence de la Famille, a bénéficié, depuis 2005, d'un soutien financier conséquent de l'Etat.

Madame la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a décidé de poursuivre cet effort sur les années 2009 et 2010, de façon à parvenir à une centaine d'implantations sur l'ensemble du territoire.

Dans cette perspective, il est nécessaire qu'une étude soit menée sur ce type de structure.

Par lettre en date du 4 juillet 2008, vous avez été désignés pour mener cette mission.

Vous procéderez à une analyse du fonctionnement des Maisons de Adolescents existantes, en évaluant la réponse apportée, sachant que l'objectif était d'en faire un lieu ouvert, apte à répondre à plusieurs attentes :

- permettre le repérage des besoins, y compris en terme de prévention.
- être un premier contact pour entrer dans le système de soins.
- constituer une approche pas forcément médicalisée et pas exclusivement psychiatrique de la prise en charge les difficultés rencontrés par les adolescents.

Vous analyserez également le cahier des charges qui a été établi en vue de la création de ces structures et proposerez les éventuelles modifications à y apporter pour susciter de nouvelles candidatures de promoteurs, la question étant posée de la mise en place d'équipes mobiles ou de formules plus adaptées.

Votre étude portera en outre sur une évaluation des contributions financières retenues à ce jour (financement MIG ou DAF, aide au démarrage DGSA, subventions de la Fondation de Paris - Hôpitaux de France, participations d'autres contributeurs...).

Je vous rappelle que la mission dont vous avez la charge n'a pas vocation à s'intéresser à la Maison des Adolescents de Paris.

Votre rapport devra être établi avant fin décembre 2008, sachant que vos premières conclusions devront me parvenir en novembre, afin d'éclairer les travaux du comité de pilotage prévu en fin d'année.

La présente lettre de mission vaut ordre de mission permanent pour effectuer tous les déplacements et toutes les prises de contacts nécessaires à la réalisation de la mission.

Je vous prie d'agréer, Messieurs les Conseillers Généraux, l'expression de ma considération distinguée.

Pour la Direction de l'Hospitalisation  
et de l'Organisation des Soins empêchés  
Le Chef de Service



LUC ALLAIRE



## **Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées**

Mme le Docteur ARONICA, Conseillère Technique, Cabinet de la Ministre de la Santé et des Sports

Mme BALAGEAS, directrice-adjointe CH des Pyrénées

Mme le Docteur de BELLEVILLE, ARH Aquitaine

Mme BENSADON, DGAS

M. le Docteur BRONSARD, pédopsychiatre MDA Marseille

Mme BRUNELLE, cadre de santé CH DAX

M. COTTIN, directeur MDA Nantes

Mme DESRAME, directrice-adjointe MDA Caen

M. le Docteur FUSEAU, pédopsychiatre MDA Le Havre

M. le Docteur GARCIA, DARH Aquitaine

M. GAUTIER, directeur CH des Pyrénées

M. le Docteur GENVRESSE, pédopsychiatre MDA Caen

Mme GUENGARD Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France

M. HAREL, délégué général Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France

Mme LADEGAILLERIE, cadre supérieur de santé MDA de Solenn AP-HP

Mme le docteur LETESSIER, pédopsychiatre CH des Pyrénées

Mme LE STUNFF, directrice- adjointe CH des Pyrénées

Mme le Docteur LEVINE, DHOS

Mme MARIETTE, infirmière MDA Pau

Mme NAUDIN, conseillère de la Défenseure des Enfants

M PINTON, DHOS

M. PIQUEMAL, directeur CH Bayonne

M. PINZELLI, directeur –adjoint AP Marseille

M. POIRIER, directeur-adjoint CH Bayonne

M. le Docteur POMMERAU, pédopsychiatre MDA CHU Bordeaux

Mme RIBEYROLLE, directrice-adjointe CH Pau

Mme RICHARD, Délégation Interministérielle à la Ville

M. le Professeur RUFO, pédopsychiatre AP Marseille

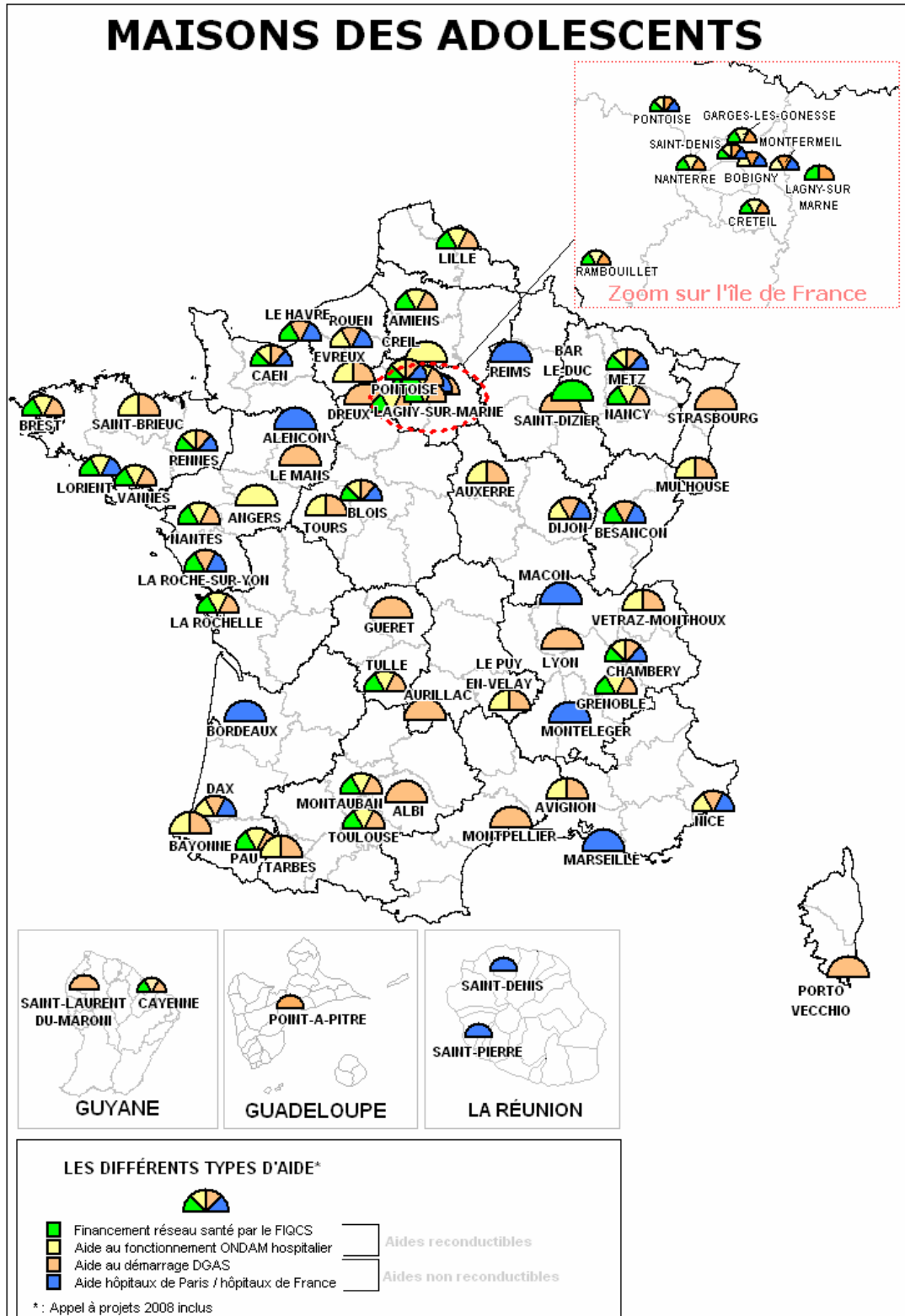
Mme RULLIER, psychologue CH DAX

Mme le Docteur SIAVELLIS Délégation Interministérielle à la Famille

M. le Docteur TABONE, pédopsychiatre CH Dax

Mme VULDY, DHOS

Annexe 3 : Cartographie des MDA – Déc. 2008



Annexe 4 : Tableau de financement des MDA – Déc.

			Aides non reductibles		Aides reductibles					
Region ARH concernée	Localisation	Dpts	Apport financier Fondation hôpitaux de Paris/Hôpitaux de France	Aide au démarrage DGAS	Aide au fonctionnement ONDAM Hospitalier		Financement réseau santé MDA		Etablissement de santé support	Coordonnées établissement de santé
					Montant	1ère année de financement	Montant	1ère année de financement		
Alsace	Strasbourg	67		150000						
Alsace	Mulhouse	68		75 000	156 000	2 008			CH Rouffach	CH de Rouffach 27, rue du 4ème Spahis Marocain 68250 ROUFFACH s.hanauer@ch-rouffach.fr
<b>Somme Alsace</b>				<b>225000</b>	<b>156 000</b>		<b>0</b>			
Aquitaine	Bayonne	64		16550	156 000	2 008			CH de la Côte Basque	CH de la Côte Basque 13 avenue de l'Interne Jacques Loëb BP 8 64109 BAYONNE Cedex direction@chicb.com
Aquitaine	Bordeaux	33	465 481	0	0		0		CHU de Bordeaux	CHU de Bordeaux 12, rue Dubernat TALENCE, 33404 BORDEAUX Cedex www.chu-bordeaux.fr Tel: 05 56 79 53 00
Aquitaine	Dax	40	100 000	150 000	156 000	2 008	0		CH de Dax	CH de Dax Bd Uves du manoir, BP 323, 40017 DAX Cedex Sec-dirgen@ch-dax.fr
Aquitaine	Pau	64	0	54 000	155 250	2 007	53 000	2 007	CH des Pyrénées	CH des Pyrénées 29, avenue du maréchal Leclerc, 64039 PAU Cedex Tel : 05 59 80 90 90

<b>Somme Aquitaine</b>			<b>565 481</b>	<b>220550</b>	<b>467 250</b>		<b>53 000</b>	<b>0</b>	
Auvergne	Aurillac	15		25000					
Auvergne	Le Puy	43	0	6 500	156 000	2 007	0		CHS Sainte Marie
<b>Somme Auvergne</b>			<b>0</b>	<b>31500</b>	<b>156 000</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	
Bourgogne	Auxerre/Sens	89	0	350 000	156 000	2 008	0		CHS Yonne
Bourgogne	Mâcon	71	38 892	0	0		0		CH Mâcon
Bourgogne	Dijon	21	16 243	214 000	156 000	2 007	0		CHS de la Chartreuse
<b>Somme Bourgogne</b>			<b>55 135</b>	<b>564 000</b>	<b>312 000</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	
Bretagne	Saint-Brieuc	22	0	80 000	145 000	2 006	0		CH ST Jean de Dieu Dinan
Bretagne	Lorient	56	10 000	0	156 000	2 007	53 000	2 007	CH Charcot
Bretagne	Vannes	56	0	200 000	137 950	2 006	53 000	2 006	Epsm st ave
Bretagne	Rennes	35	46 049	150 000	156 000	2 007	53 000	2 007	CH G. Regnier
Bretagne	Brest	29	0	75 000	156 000	2 007	53 000	2 007	CHU de Brest
<b>Somme Bretagne</b>			<b>56 049</b>	<b>505 000</b>	<b>750 950</b>		<b>212 000</b>	<b>0</b>	
Centre	Dreux	28		200 000					

CHS Sainte Marie  
rte Montredon 43000 PUY EN VELAY Tel: 04 71 07 55 55

CHS de L'Yonne 4, avenue Pierre Scherrer BP 99, 89011 AUXERRE Cedex  
direction@chs-yonne.fr

CH de Mâcon BD Louis Escande, 71018 MACON Cedex chmacon@ch-macon.fr

CHS de La Chartreuse 1, Bd de la Chanoine Kir, BP 1514 21033 DIJON Cedex direction@chs-chartreuse.fr

CH St Jean de Dieu Impasse Joannes 22100 DINAN Tel : 02 96 85 43 90

CH Charcot Le Trescoët BP 47, 56854 CAUDAN cedex www.ch-charcot56.fr

CHS de Saint AVE 22, rue de l'Hôpital BP 10, 56896 SAINT AVE dg@epsm-morbihan.fr

CH Guillaume Régnier 108, avenue de du Général Leclerc BP 60321, 35703 RENNES Cedex 7 Direction.generale@ch-guillaumeregny.fr

Chu de Brest 2, avenue Foch, 29609 BREST Cedex www.chu-brest.fr Tel: 02 98 22 33 33

Centre	Tours	37		350 000	156 000	2 008			CH du Chinonais Association CMPP Indre et Loire	CH du Chinonais Départementale 751 ST BENOIT LA FORET BP 248 37502 CHINON Cedex direction@ch-chinon.fr
Centre	Blois	41	17 180	209 000	156 000	2 007	50 000	2 007	CH de Blois	CH de Blois Mail Pierre Charlot, 41016 BLOIS Cedex direction.generale@ch-blois.fr
<b>Somme Centre</b>			<b>17 180</b>	<b>759 000</b>	<b>312 000</b>		<b>50 000</b>	<b>0</b>		
Champagne -Ardenne	Saint Dizier	52		150 000						Centre hospitalier Saint Dizier 4 rue Godard Jeanson 52115 Saint-Dizier direction@ch-saintdizier.fr
Champagne -Ardenne	Reims	51	655 706	0	0		0		CHU de Reims	
<b>Somme Champagne -Ardenne</b>			<b>655 706</b>	<b>150 000</b>	<b>0</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		
Corse	Porto Vecchio	2A		110 360						
<b>Somme Corse</b>				<b>110 360</b>						
Franche- Comté	Besançon	25	35 200	11 500	0		53 000	2 006	CH de Novillars	Rue du St Charcot 25220 Novillars secretariat.direction@ch-novillars.fr
<b>Somme Franche- Comté</b>			<b>35 200</b>	<b>11 500</b>	<b>0</b>		<b>53 000</b>	<b>0</b>		

Ile de France	Hauts de Seine	92	0	375 000	312 000	2 006	53 000	2 006	CHS R. Prevot CH T. Roussel	
Ile de France	Saint-Denis	93	10 250	130 662	156 000	2 007	45 700	2 007	CH de Saint-Denis	Ch de St Denis 2, rue Pierre Delafontaine, 93205 St Denis Cedex hsd-direct@ch-stdenis.fr
Ile de France	Montfermeil	93	350 000	175 000	153 000	2 008			CHI Le Raincy-Montfermeil	CHI de Montfermeil 10, rue du Général Leclerc 93370 MONTFERMEIL chirm@ch-montfermeil.fr
Ile de France	Yveline Sud	78		90 000	156 000	2 008	53 000	2 008	CH Versailles, Rambouillet, Plaisir, La Verrière MGEN	Ch de versailles 177, rue de versailles 78150 LE CHESNAY secretariatdg@ch-versailles.fr
Ile de France	Bobigny	93	178 029	211 200	156 000	2 007	0		AP-HP Hôpital Avicenne	
Ile de France	Créteil	94	0	350 000	156 000	2 006	53 000	2 006	CHIC	CHIC 40, avenue de verdun, 94010 Creteil cedex www.chicreiel.fr Tel: 01 45 17 50 00
Ile de France	Gonesse	95	0	72 000	156 000	2 007	53 000	2 007	CH de Gonesse	CH de Gonesse 23 rue Pierre de Theilley Bp 30071, 95503 GONESSE Cedex hopital-gonesse@ch-gonesse.fr
Ile de France	Cergy-Pontoise	95	25 000	99 000	122 910	2 006	53 000	2 006	CH de Pontoise	6, avenue de l'Ile-de-France BP 95303 PONTOISE Cedex www.ch-pontoise.fr Tel: 01 30 75 40 40
Ile de France	Lagny Mame La Vallée	77	0	30 000	0		20 000	2 007	CH de Lagny	CH de Lagny Mame-La Vallée 31, avenue du Général Leclerc, 77405 LAGNY Cedex Tel : 01 64 30 70 70
<b>Somme Ile de France</b>			<b>563 279</b>	<b>1 532 862</b>	<b>1 367 910</b>		<b>330 700</b>	<b>0</b>		
langedoc-Roussillon	Montpellier	34		116 502					Association MDA de Montpellier	

<b>Somme Languedoc-Roussillon</b>				0	116 502	0		0	0	
Limousin	Guéret	23			87 000					CH de Guéret 39, avenue de la Senatorerie 23011 Guéret Tel : 05 55 51 70 00
Limousin	Tulle	19		0	150 000	156 000	2 007	53 000	2 007	CH de Tulle 3, place Maschat Bp160, 19012 TULLE Cedex direction@ch-tulle.fr
<b>Somme Limousin</b>				0	237 000	156 000		53 000	0	
Lorraine	Metz	57		400 000	350 000	121 700	2 006	53 000	2 006	CHS Jury BP 91084, 57038 METZ Cedex1 Tel : 03 87 56 39 39
Lorraine	Nancy	54			300 000	70 000	2 008	53 000	2 008	CHU de Nancy 29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny BP 34 54035 NANCY Cedex direction.generale@chu-nancy.fr
Lorraine	Dép. de la Meuse	55		0	0	0		53 000	2 007	CH de Lannemezan 644, route de Toulouse BP 167, 65308 LANNEMEZAN sec.dir@ch-lannemezan.fr
<b>Somme Lorraine</b>				400 000	650 000	191 700		159 000	0	
Midi Pyrénées	Tarbes	65			100 500	155 300	2 008			CH de Lannemezan
Midi Pyrénées	Toulouse	31		0	140 000	156 000	2 007	53 000	2 007	CHU de Toulouse Hôtel Dieu St Jacques 2, rue Vignerie – TSA 80035, 31059 TOULOUSE Cedex 9 Tel: 05 61 77 82 83
Midi Pyrénées	Albi	81			15 250					
Midi Pyrénées	Montauban	82		0	60 000	96 000	2 007	50 000	2 007	CH de MONTAUBAN 100, rue Léon Cladel BP 765, 82013 MONTAUBAN Cedex direction@ch-montauban.fr
<b>Somme Midi Pyrénées</b>				0	315750	407 300		103 000	0	



Nord Pas de Calais	Lille	59	0	200000	156 000	2 008	53 000	2 007	CHU de Lille	CHRU de Lille 2, avenue Oscar Lambret, 59037 Lille Cedex www.chru-lille.fr Tel: 03 20 44 54 42
<b>Somme Nord Pas de Calais</b>			<b>0</b>	<b>200000</b>	<b>156 000</b>		<b>53 000</b>	<b>0</b>		
Basse-Normandie	Alençon	61	100 000	0	0		0		Centre psy de l'Orne	Centre psychothérapique de l'orne 31, rue Anne -Marie Javouhey BP 358, 61014 ALENCON Cedex directioncpo@cpo-alencon.net
Basse-Normandie	Caen	14	133 426	350 000	156 000	2 006	50 000	2 006	CHS Caen	CHS de Caen 93, rue Capomière BP 223, 14012 CAEN direction@chs-caen.fr
<b>Somme Basse-Normandie</b>			<b>233 426</b>	<b>350 000</b>	<b>156 000</b>		<b>50 000</b>	<b>0</b>		
Haute-Normandie	Rouen	76	416 800	300000	156 000	2 008	0		CHU de Rouen/CHS Rouvray	CHU de Rouen 1, rue de germont, 76031 ROUEN Cedex Tel: 02 32 88 89 90
Haute-Normandie	Evreux	27		20000	156 000	2 008			CHS de Navarre	62, route de Conches 27022 EVREUX chs. navarre@wanadoo.fr
Haute-Normandie	Le Havre	76	56 274	137 000	0		40 000	2 007	CH du Havre	55, bis, rue Gustave Flaubert BP 24 76600 LE HAVRE sec.dg@ch-havre.fr
<b>Somme Haute-Normandie</b>			<b>473 074</b>	<b>457 000</b>	<b>312 000</b>		<b>40 000</b>	<b>0</b>		
Pays de Loire	Nantes	44	0	350 000	156 000	2 006	53 000	2 006	CHU de Nantes	CHU de Nantes 5 allée de l'Île Gloriette, 44093 NANTES Cedex 1 www.chu-nantes.fr tel: 02 40 08 33 33
Pays de Loire	Angers	49			150 000	2 008			CHU d'Angers	CHU d'Angers 4, rue Larrey, 49933 ANGERS cedex 9 direction-generale@chu-nantes.fr
Pays de Loire	Le Mans	72		30 000						CH le Mans 194, avenue Rubillard, 72037 LE MANS Cedex 9 tel: 02 43 43 43
Pays de Loire	La Roche Sur Yon	85	21 376	85 044	0		53 000	2 007	CH Georges Mazurelle	CH Georges Mazurelle Hôpital Sud-Rue d'Aubigny, 85026 LA ROCHE SUR YON direction@ch-mazurelle.fr

<b>Somme Pays de Loire</b>			<b>21 376</b>	<b>465 044</b>	<b>306 000</b>		<b>106 000</b>	<b>0</b>		
Picardie	Creil	60			156 000	2 008			<b>La Nouvelle Forge (PSPH)</b>	
Picardie	Amiens	80	0	46 000	156 000	2 007	53 000	2 007	<b>CHU d'Amiens</b>	Chu d'Amiens Place Victor Pauchet, 80054 AMIENS Cedex 1 chu@chu-amiens.fr
<b>Somme Picardie</b>			<b>0</b>	<b>46 000</b>	<b>312 000</b>		<b>53 000</b>	<b>0</b>		
Poitou Charentes	La Rochelle	17		25 000	156 000	2 008	53 000	2 008	<b>CH La Rochelle</b>	CH La Rochelle Rue du Docteur Schweitzer, 17019 LA ROCHELLE Cedex ldirection@chlr.rss.fr
<b>Somme Poitou Charentes</b>			<b>0</b>	<b>25 000</b>	<b>156 000</b>		<b>53 000</b>	<b>0</b>		
PACA	Avignon	84	0	30 000	156 000	2 007	0		<b>CH de Montfavet</b>	2 Avenue de la Pinède BP 9284143 Montfavet Cedex direction@ch-montfavet.fr
PACA	Marseille	13	400 000						<b>CH Salvator - AP HM</b>	APHM 80, rue Brochier, 13354 Marseille Cedex 5 tel: 04 91 38 00 00
PACA	Nice	6	81 620	346 146	156 000	2 007	0		<b>Fondation Lenval</b>	12 r Scaliéro 06000 NICE Tel: 04 93 80 40 76
<b>Somme PACA</b>			<b>481 620</b>	<b>376146</b>	<b>312 000</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		
Rhône-Alpes	Vétraz-Monthoux (Annemasse)	74		66 000	156 000	2 008			<b>CH Annemasse-Bonneville</b>	CH Annemasse-Bonneville 17, rue du Jura BP 525, 74107 Annemasse Cedex dg@chi-annemasse-bonneville.rss.fr
Rhône-Alpes	Lyon	69	0	85 000	0		0			
Rhône-Alpes	Monteleger	26	22 000						<b>CHS Le Valmont</b>	CHS Le Valmont Domaine des Rebatières BP 16, 26760 MONTELEGER Tel : 04 75 75 60 60
Rhône-Alpes	Chambéry	73	130 000	215 000	156 000	2 007	53 000	2 007	<b>CHS de la Savoie</b>	CHS de la Savoie Hôpital Psychiatrique BP 1126, 73011 BASSENS direction@chs-savoie.fr

Rhône-Alpes	Grenoble	38	0	350 000	156 000	2 007	48 500	2 007	CHS Saint Egreve	CH 3, rue de la Gare BP 100, 38521 St EGREVE Cedex amoiroud@ch-saint-egreve.fr
<b>Somme Rhône-Alpes</b>			<b>152 000</b>	<b>716 000</b>	<b>468 000</b>		<b>101 500</b>	<b>0</b>		
Guadeloupe	Pointe à Pitre	971		150 000					CH Pointe à pitre	CH de Pointe à Pitre BP 465, 97159 POINTE-A-PITRE Cedex webmaster@chu-guadeloupe.fr
<b>Somme Guadeloupe</b>			<b>0</b>	<b>150 000</b>	<b>0</b>			<b>0</b>		
Guyane	St Laurent du Maroni	973		61 000						CH de l'Ouest guyanais Franck JOLY 16, Bd du Général de Gaulle BP 245 97393 St LAURENT DU MARONI Cedex secdirection@ch-ouestguyane.fr
Guyane	Cayenne	973	0	73 000	156 000	2 007	53 000	2 008	CH de Cayenne	Rue des Flamboyants 97306 Cayenne www.ch-cayenne.com Tel: 05 94 39 50 50
<b>Somme Guyane</b>			<b>0</b>	<b>134000</b>	<b>156 000</b>		<b>53 000</b>			
La Réunion	St Denis	97			156 000	2 008			EPSM La Réunion	EPSM de la Réunion 42, chemin Grand Pourpier, 97866 St Paul Cedex direction@epsm.org
La Réunion	St Pierre	97	8 564						CH Sud reunion	Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR) Avenue du Président Mitterrand BP 350 97448 St Pierre Cedex www.ch-sudreunion.fr Tel: 02 62 35 93 93
<b>Somme La Réunion</b>			<b>8 564</b>		<b>156 000</b>					
<b>Total</b>			<b>3 718 090</b>	<b>8 348 214</b>	<b>6 767 110</b>		<b>1 523 200</b>			

	Aides non reductibles	Aides reductibles
--	-----------------------	-------------------

Region ARH concernée	Localisation	Dpt s	Apport financier Fondation hôpitaux de Paris/Hôpitaux de France	Aide au démarrage DGAS	Aide au fonctionnement ONDAM Hospitalier		Financement réseau santé MDA		Etablissement de santé support	Coordonnées établissement de santé
					Montant	1ère année de financement	Montant	1ère année de financement		
Alsace	Strasbourg	67		150000						
Alsace	Mulhouse	68		75 000	156 000	2 008			CH Rouffach	CH de Rouffach 27, rue du 4ème Spahis Marocain 68250 ROUFFACH s.hanauer@ch-rouffach.fr
<b>Somme Alsace</b>				<b>225000</b>	<b>156 000</b>		<b>0</b>			
Aquitaine	Bayonne	64		16550	156 000	2 008			CH de la Côte Basque	CH de la Côte Basque 13 avenue de l'Interne Jacques Loëb BP 8 64109 BAYONNE Cedex direction@chicb.com
Aquitaine	Bordeaux	33	485 481	0	0		0	*	CHU de Bordeaux	CHU de Bordeaux 12, rue Dubernat TALENCE, 33404 BORDEAUX Cedex www.chu-bordeaux.fr Tel: 05 56 79 53 00
Aquitaine	Dax	40	100 000	150 000	156 000	2 006	0		CH de Dax	CH de Dax Bd Uves du manoir, BP 323, 40017 DAX Cedex Secdirgen@ch-dax.fr
Aquitaine	Pau	64	0	54 000	155 250	2 007	53 000	2 007	CH des Pyrénées	CH des Pyrénées 29, avenue du maréchal Leclerc, 64039 PAU Cedex Tel : 05 59 80 90 90
<b>Somme Aquitaine</b>			<b>565 481</b>	<b>220550</b>	<b>467 250</b>		<b>53 000</b>	<b>0</b>		
Auvergne	Aurillac	15		25000						

Auvergne	Le Puy	43	0	6 500	158 000	2 007	0	0	CHS Sainte Marie	rte Montredon 43000 PUY EN VELAY Tel: 04 71 07 55 55
<b>Somme Auvergne</b>			<b>0</b>	<b>31500</b>	<b>156 000</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		
Bourgogne	Auxerre/Se ns	89	0	350 000	158 000	2 008	0	0	CHS Yonne	CHS de L'Yonne 4, avenue Pierre Scherrer BP 99, 89011 AUXERRE Cede direction@chs-yonne.fr
Bourgogne	Mâcon	71	38 882	0	0	0	0	0	CH Mâcon	CH de Mâcon BD Louis Escande, 71018 MACON Cedex chmacon@ch-macon.fr
Bourgogne	Dijon	21	16 243	214 000	158 000	2 007	0	0	CHS de la Chartreuse	CHS de La Chartreuse 1, Bd de la Chanoine Kir, BP 1514 21033 DIJON Cedex direction@chs-chartreuse.fr
<b>Somme Bourgogne</b>			<b>55 135</b>	<b>564 000</b>	<b>312 000</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		
Bretagne	Saint-Brieuc	22	0	80 000	145 000	2 008	0	0	CH ST Jean de Dieu Dinan	CH St Jean de Dieu Impasse Joannes 22100 DINAN Tel : 02 96 85 43 90
Bretagne	Lorient	56	10 000	0	158 000	2 007	53 000	2 007	CH Charcot	CH Charcot Le Trescoët BP 47, 56854 CAUDAN cedex www.ch-charcot56.fr
Bretagne	Vannes	56	0	200 000	137 950	2 008	53 000	2 008	Epsm st ave	CHS de Saint AVE 22, rue de l'Hôpital BP 10, 56896 SAINT AVE dg@epsm-morbihan.fr
Bretagne	Rennes	35	46 049	150 000	158 000	2 007	53 000	2 007	CH G. Regnier	CH Guillaume Régnier 108, avenue de du Général Leclerc BP 60321, 35703 RENNES Cedex 7 Direction.generale@ch-guillaumeregny.fr
Bretagne	Brest	29	0	75 000	158 000	2 007	53 000	2 007	CHU de Brest	Chu de Brest 2, avenue Foch, 29609 BREST Cedex www.chu-brest.fr Tel: 02 98 22 33 33
<b>Somme Bretagne</b>			<b>56 049</b>	<b>505 000</b>	<b>750 950</b>		<b>212 000</b>	<b>0</b>		
Centre	Dreux	28		200 000						
Centre	Tours	37		350 000	158 000	2 008			CH du Chinonais	CH du Chinonais Départementale 751 ST BENOIT LA FORET BP 248 37502 CHINON Cedex direction@ch-chinon.fr

									Association CMPP Indre et Loire	
Centre	Blois	41	17 180	209 000	156 000	2 007	50 000	2 007	CH de Blois	CH de Blois Mail Pierre Charlot, 41016 BLOIS Cedex direction.generale@ch-blois.fr
<b>Somme Centre</b>			<b>17 180</b>	<b>759 000</b>	<b>312 000</b>		<b>50 000</b>	<b>0</b>		
Champagne-Ardenne	Saint Dizier	52		150 000						Centre hospitalier Saint Dizier 4 rue Godard Jeanson 52115 Saint-Dizier direction@ch-saintdizier.fr
Champagne-Ardenne	Reims	51	655 706	0	0		0		CHU de Reims	
<b>Somme Champagne-Ardenne</b>			<b>655 706</b>	<b>150 000</b>	<b>0</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		
Corse	Porto Vecchio	2A		110 360						
<b>Somme Corse</b>				<b>110 360</b>						
Franche-Comté	Besançon	25	35 200	11 500	0		53 000	2 006	CH de Novillars	Rue du St Charcot 25220 Novillars secretariat.direction@ch-novillas.fr
<b>Somme Franche-Comté</b>			<b>35 200</b>	<b>11 500</b>	<b>0</b>		<b>53 000</b>	<b>0</b>		

Ile de France	Hauts de Seine	92	0	375 000	312 000	2 008	53 000	2 008	CHS R. Prevot CH T. Roussel	
Ile de France	Saint-Denis	93	10 250	130 862	158 000	2 007	45 700	2 007	CH de Saint-Denis	Ch de St Denis 2, rue Pierre Delafontaine, 93205 St Denis Cedex hsd-direct@ch-stdenis.fr
Ile de France	Montfermeil	93	350 000	175 000	153 000	2 008			CHI Le Raincy-Montfermeil	CHI de Montfermeil 10, rue du Général Leclerc 93370 MONTFERMEIL chirm@ch-montfermeil.fr
Ile de France	Yveline Sud	78		90 000	158 000	2 008	53 000	2 008	CH Versailles, Rambouillet, Plaisir, La Verrière MGEN	Ch de versailles 177, rue de versailles 78150 LE CHESNAY secretariatdg@ch-versailles.fr
Ile de France	Bobigny	93	178 029	211 200	158 000	2 007	0		AP-HP Hôpital Avicenne	
Ile de France	Créteil	94	0	350 000	158 000	2 008	53 000	2 008	CHIC	CHIC 40, avenue de verdun, 94010 Creteil cedex www.chicreiel.fr Tel: 01 45 17 50 00
Ile de France	Gonesse	95	0	72 000	158 000	2 007	53 000	2 007	CH de Gonesse	CH de Gonesse 23 rue Pierre de Theilley Bp 30071, 95503 GONESSE Cedex hopital-gonesse@ch-gonesse.fr
Ile de France	Cergy-Pontoise	95	25 000	99 000	122 910	2 008	53 000	2 008	CH de Pontoise	6, avenue de l'Ile-de-France BP 95303 PONTOISE Cedex www.ch-pontoise.fr Tel: 01 30 75 40 40
Ile de France	Lagny Marne La Vallée	77	0	30 000	0		20 000	2 007	CH de Lagny	CH de Lagny Marne-La Vallée 31, avenue du Général Leclerc, 77405 LAGNY Cedex Tel : 01 64 30 70 70
<b>Somme Ile de France</b>			<b>563 279</b>	<b>1 532 862</b>	<b>1 367 910</b>		<b>330 700</b>	<b>0</b>		

langedoc-Roussillon	Montpellier	34		116 502					Associatio n MDA de Montpellier	
<b>Somme Lanquedoc -Roussillon</b>			<b>0</b>	<b>116 502</b>	<b>0</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		
Limousin	Guéret	23		87 000						CH de Guéret 39, avenue de la Senatorerie 23011 Guéret Tel : 05 55 51 70 00
Limousin	Tulle	19	0	150 000	158 000	2 007	53 000	2 007	CH de Tulle	CH de Tulle 3, place Maschat Bp160, 19012 TULLE Cedex direction@ch-tulle.fr
<b>Somme Limousin</b>			<b>0</b>	<b>237 000</b>	<b>156 000</b>		<b>53 000</b>	<b>0</b>		
Lorraine	Metz	57	400 000	350 000	121 700	2 006	53 000	2 006	CHS Jury	CHS Jury BP 91084, 57038 METZ Cedex1 Tel : 03 87 56 39 39
Lorraine	Nancy	54		300 000	70 000	2 008	53 000	2 008	CHU de Nancy	CHU de Nancy 29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny BP 34 54035 NANCY Cedex direction.generale@chu-nancy.fr
Lorraine	Dép. de la Meuse	55	0	0	0		53 000	2 007		CH de Lannemezan 644, route de Toulouse BP 167, 65308 LANNEMEZAN sec.dir@ch-lannemezan.fr
<b>Somme Lorraine</b>			<b>400 000</b>	<b>650 000</b>	<b>191 700</b>		<b>159 000</b>	<b>0</b>		
Midi Pyrénées	Tarbes	65		100 500	155 300	2 008			CH de Lannemezan	
Midi Pyrénées	Toulouse	31	0	140 000	156 000	2 007	53 000	2 007	CHU de Toulouse	CHU de Toulouse Hôtel Dieu St Jacques 2, rue Viguerie – TSA 80035, 31059 TOULOUSE Cedex 9 Tel: 05 61 77 82 83
Midi Pyrénées	Albi	81		15 250						
Midi Pyrénées	Montauban	82	0	60 000	96 000	2 007	50 000	2 007	CH de Montauban	CH de MONTAUBAN 100, rue Léon Cladel BP 765, 82013 MONTAUBAN Cedex direction@ch-montauban.fr



<b>Somme Midi Pyrénées</b>			0	315750	407 300		103 000	0		
Nord Pas de Calais	Lille	59	0	200000	158 000	2 008	53 000	2 007	CHU de Lille	CHRU de Lille 2, avenue Oscar Lambret, 59037 Lille Cedex www.chru-lille.fr Tel: 03 20 44 54 42
<b>Somme Nord Pas de Calais</b>			0	200000	156 000		53 000	0		
Basse-Normandie	Alençon	61	100 000	0	0		0		Centre psy de l'Orne	Centre psychothérapique de l'orne 31, rue Anne -Marie Javouhey BP 358, 61014 ALENCON Cedex directioncpo@cpo-alencon.net
Basse-Normandie	Caen	14	133 426	350 000	158 000	2 006	50 000	2 006	CHS Caen	CHS de Caen 93, rue Caponière BP 223, 14012 CAEN direction@chs-caen.fr
<b>Somme Basse-Normandie</b>			233 426	350 000	156 000		50 000	0		
Haute-Normandie	Rouen	76	416 800	300000	158 000	2 008	0		CHU de Rouen/CHS Rouvray	CHU de Rouen 1, rue de germont, 76031 ROUEN Cedex Tel: 02 32 88 89 90
Haute-Normandie	Evreux	27		20000	158 000	2 008			CHS de Navarre	62, route de Conches 27022 EVREUX chs.navarre@wanadoo.fr
Haute-Normandie	Le Havre	76	56 274	137 000	0		40 000	2 007	CH du Havre	55, bis, rue Gustave Flaubert BP 24 76600 LE HAVRE sec.dg@ch-havre.fr
<b>Somme Haute-Normandie</b>			473 074	457 000	312 000		40 000	0		
Pays de Loire	Nantes	44	0	350 000	158 000	2 006	53 000	2 006	CHU de Nantes	CHU de Nantes 5 allée de l'Île Gloriette, 44093 NANTES Cedex 1 www.chu-nantes.fr tel: 02 40 08 33 33
Pays de Loire	Angers	49			150 000	2 008			CHU d'Angers	CHU d'Angers 4, rue Larrey, 49933 ANGERS cedex 9 direction-generale@chu-nantes.fr
Pays de Loire	Le Mans	72		30 000						CH le Mans 194, avenue Rubillard, 72037 LE MANS Cedex 9 tel: 02 43 43 43

Pays de Loire	La Roche Sur Yon	85	21 376	85 044	0		53 000	2 007	CH Georges Mazurelle	CH Georges Mazurelle Hôpital Sud-Rue d'Aubigny, 85026 LA ROCHE SUR YON direction@ch-mazurelle.fr
<b>Somme Pays de Loire</b>			<b>21 376</b>	<b>465 044</b>	<b>306 000</b>		<b>106 000</b>	<b>0</b>		
Picardie	Creil	60			156 000	2 008			La Nouvelle Forge (PSPH)	
Picardie	Amiens	80	0	46 000	156 000	2 007	53 000	2 007	CHU d'Amiens	Chu d'Amiens Place Victor Pauchet, 80054 AMIENS Cedex 1 chu@chu-amiens.fr
<b>Somme Picardie</b>			<b>0</b>	<b>46 000</b>	<b>312 000</b>		<b>53 000</b>	<b>0</b>		
Poitou Charentes	La Rochelle	17		25 000	156 000	2 008	53 000	2 008	CH La Rochelle	CH La Rochelle Rue du Docteur Schweitzer, 17019 LA ROCHELLE Cedex 1direction@chlr.rss.fr
<b>Somme Poitou Charentes</b>			<b>0</b>	<b>25 000</b>	<b>156 000</b>		<b>53 000</b>	<b>0</b>		
PACA	Avignon	84	0	30 000	156 000	2 007	0		CH de Montfavet	2 Avenue de la Pinède BP 9284143 Montfavet Cedex direction@ch-montfavet.fr
PACA	Marseille	13	400 000						CH Salvator - AP HM	APHM 80, rue Brochier, 13354 Marseille Cedex 5 tel: 04 91 38 00 00
PACA	Nice	6	81 620	346 146	156 000	2 007	0		Fondation Lenal	12 r Scaliéro 06000 NICE Tel: 04 93 80 40 76
<b>Somme PACA</b>			<b>481 620</b>	<b>376 146</b>	<b>312 000</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		
Rhône-Alpes	Vétraz-Monthoux (Annemasse)	74		66 000	156 000	2 008			CH Annemasse-Bonneville	CH Annemasse-Bonneville 17, rue du Jura BP 525, 74107 Annemasse Cedex dg@chi-annemasse-bonneville.rss.fr
Rhône-Alpes	Lyon	69	0	85 000	0		0			

Rhône-Alpes	Monteleger	26	22 000						CHS Le Valmont	CHS Le Valmont Domaine des Rebatières BP 16, 26760 MONTELEGER Tel : 04 75 75 60 60
Rhône-Alpes	Chambéry	73	130 000	215 000	156 000	2 007	53 000	2 007	CHS de la Savoie	CHS de la Savoie Hôpital Psychiatrique BP 1126, 73011 BASSENS direction@chs-savoie.fr
Rhône-Alpes	Grenoble	38	0	350 000	156 000	2 007	48 500	2 007	CHS Saint Egreve	CH 3, rue de la Gare BP 100, 38521 St EGREVE Cedex amoiroud@ch-saint-egreve.fr
<b>Somme Rhône-Alpes</b>			<b>152 000</b>	<b>716 000</b>	<b>468 000</b>		<b>101 500</b>	<b>0</b>		
Guadeloupe	Pointe à Pitre	971		150 000					CH Pointe à pitre	CH de Pointe à Pitre BP 465, 97159 POINTE-A-PITRE Cedex webmaster@chu-guadeloupe.fr
<b>Somme Guadeloupe</b>			<b>0</b>	<b>150 000</b>	<b>0</b>			<b>0</b>		
Guyane	St Laurent du Maroni	973		61 000						CH de l'Ouest guyanais Franck JOLY 16, Bd du Général de Gaulle BP 245 97393 St LAURENT DU MARONI Cedex secdirection@ch-ouestguyane.fr
Guyane	Cayenne	973	0	73 000	156 000	2 007	53 000	2 008	CH de Cayenne	Rue des Flamboyants 97306 Cayenne www.ch-cayenne.com Tel: 05 94 39 50 50
<b>Somme Guyane</b>			<b>0</b>	<b>134000</b>	<b>156 000</b>		<b>53 000</b>			
La Réunion	St Denis	97			156 000	2 008			EPSM La Réunion	EPSM de la Réunion 42, chemin Grand Pourpier, 97866 St Paul Cedex direction@epsm.org
La Réunion	St Pierre	97	8 564						CH Sud reunion	Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR) Avenue du Président Mitterand BP 350 97448 St Pierre Cedex www.ch-sudreunion.fr Tel: 02 62 35 93 93

<i>Somme La Réunion</i>			8 564		156 000					
<b>Total</b>			3 718 090	8 348 214	6 767 110		1 523 200			





## EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE

**68** questionnaires adressés      **32** réponses      **soit 47 %**

**31** maisons des adolescents ouvertes au 01/01/2009      soit      45 % du total  
des promoteurs recensés  
Dont près de la moitié ouvertes en 2007 et 2008.

**Cahier des charges respecté** sur la pluridisciplinarité chez 43 % des répondants  
Sur pluri-institutionnalité chez 40 % des répondants

**Explications sur les retards** d'ouverture (2.c) (% par rapport aux répondants)

- Difficultés de mise au point d'une convention 43 %
- Difficultés financières 43 %
- Difficultés matérielles 34 %
- Difficultés de constitution d'équipes 12,5 %

### Indicateurs quantitatifs d'activité (3)

	Maximum recensé	Moyenne
<b>File active :</b>	1280	573
<b>Consultations</b>	6693	1736
<b>Entretiens individuels</b>	non significatif	1365
<b>Entretiens de groupe</b>	non significatif	160
<b>Rencontres parents</b>	2534	486

Les données renseignées au titre des entretiens sont saisies de manière très hétérogènes

### Indicateurs qualitatifs d'activité (3) suivis chez 18 % des répondants

Les venues spontanées sont recensées de 52% maximum à 10 %

Les sollicitations extérieures sont citées entre 7 fois et 80 fois

Quelques suggestions :

- Pour mesurer les participations à des activités de recherche
- Pour suivre l'évolution pluriannuelle des taux de fréquentation
- Pour mesurer les délais d'attente inférieurs à 24 H
- Pour rapporter la file active à des effectifs médicaux

### Comité de pilotage

Il est souhaité dans le % suivant de répondants :

- Pour élaborer le projet : 90,6%
- Pour faciliter le démarrage : 75 %
- Pour le fonctionnement habituel : 68 %

**Un « chef d'orchestre » est souhaité** dans 90 ,6 % des réponses  
et dans 56 % des cas de manière durable

**Les priorités :**

1. garantie de la pérennité financière (cité dans 60 % des réponses)
2. une équipe de professionnels minimale disponible
3. des locaux adaptés
4. une équipe d'accueil de première ligne

La nécessité d'une volonté de partenariat local est également notée dans 31 % des réponses.



## Annexe 6 : Charte des MDA adhérentes à l'Association Nationale des MDA

### Préambule

Les Maisons des Adolescents sont des dispositifs créés depuis 1999 sur le territoire français afin de favoriser l'accès aux soins pour les adolescents en souffrance physique, psychique et sociale. Cette charte rappelle les principes cliniques et éthiques qui régissent tant leur fonctionnement que l'esprit dans lequel les premières Maisons des Adolescents ont été fondées et souhaitent se développer sur le territoire français. Ces principes sont en accord avec les préconisations de la défenseure des enfants (rapport 2003 et suivants), de la conférence de la famille 2004 et du cahier des charges des Maisons des Adolescents élaboré par la délégation interministérielle à la famille (janvier 2005).

1- La modélisation des Maisons des Adolescents est non seulement impossible mais irait à l'encontre de l'esprit de ces dernières. Les Maisons des Adolescents doivent se développer dans un territoire donné en prenant en compte l'existant, l'historique des structures déjà développées sur ce territoire. Loin de tout esprit d'hégémonie, les MdA apportent par leur création un atout supplémentaire dans le territoire défini, soit par la création, soit par la mise en commun de moyens matériels ou humains afin de rendre plus facile et plus cohérent l'accès aux soins des adolescents en souffrance.

2- Les Maisons des Adolescents se veulent des espaces pluridisciplinaires et pluripartenariaux. Leur pluridisciplinarité, essentielle dans leur conception, implique la possibilité d'y faire intervenir, tant dans leur création que dans leur fonctionnement quotidien, des professionnels d'horizons et de formations variées. Cette pluridisciplinarité permet de proposer aux adolescents la richesse de regards croisés, allant du médical au social et du juridique à l'éducatif. Cette pluridisciplinarité s'inscrit dans un réseau pluripartenarial, soit existant préalablement aux MdA, soit à créer autour des MdA dont une des vocations est de devenir le support des réseaux adolescents. Pluridisciplinarité et pluripartenariat sont les conditions nécessaires pour assurer un accueil adapté à la pluralité des adolescences (dont on connaît la grande variabilité selon les âges, le sexe, les lieux, les histoires personnelles et l'environnement social), leur garantissant ainsi autant que possible un parcours d'aide, d'accompagnement et de soin cohérent.

Le pluripartenariat s'inscrit dans un décloisonnement indispensable des structures juridiques porteuses des MdA, afin de favoriser les partenariats financiers, théorico-cliniques et humains.

3- Il appartient à chaque MdA de déterminer le territoire susceptible d'être couvert par leurs services. L'objectif national d'une maison des adolescents par département semble licite, mais ne peut être considéré comme systématique. La grande variabilité des répartitions démographiques peut autoriser plusieurs MdA par département. L'objectif

principal doit rester la facilité d'accès pour les adolescents. Cette accessibilité se décline autour de trois axes :

- Une disponibilité et une ouverture d'esprit des professionnels susceptibles de recevoir les adolescents. Ceci implique des professionnels formés tant aux mouvements psychiques de l'adolescence, qu'à la diversité des expressions symptomatologiques, qu'aux interactions sociales générées par celles-ci.
- Une proximité géographique. Le territoire géographique couvert implique une certaine proximité, ou tout au moins, une certaine facilité d'accès. En cas de territoire étendu, des relais peuvent être imaginés afin de favoriser l'accès des adolescents les plus éloignés.
- Des horaires d'ouverture en cohérence avec les adolescents. Autant que possible, les MdA offriront la possibilité d'accueillir les adolescents sur des temps où ces derniers sont disponibles. Elles organiseront leur ouverture en tenant compte de la temporalité adolescente (relative rapidité d'accès, ouvertures en soirée et le week-end par exemple...)

4- Les missions des MdA peuvent varier selon l'existant sur un territoire donné. Au cœur du dispositif, il est toutefois indispensable de retrouver une plate-forme d'évaluation des manifestations adolescentes, la possibilité de dispenser, au moins à court terme, des soins somatiques et psychiques, et, si un suivi au long cours est impossible, la possibilité d'une orientation rapide et adaptée. Les MdA s'appuient donc sur un réseau de partenaires identifiés, couvrant les champs du soin (somatique et psychique, ambulatoire et hospitalier), de l'éducatif, du social, de la réinsertion et du juridique ainsi que les services des collectivités locales. L'articulation avec les établissements relevant de l'éducation nationale et de l'éducation spécialisée doit être forte, en particulier avec les services de santé scolaire.

5- Au-delà des adolescents, les MdA s'adressent aussi aux adultes en charge de ces adolescents, et en particulier aux parents. Les missions des MdA peuvent ainsi, selon les cas, prévoir de développer des structures de soutien spécifique à la parentalité, ou de s'adosser à celles existantes.

Le travail de prévention est un axe de travail fort des MdA. Elles s'adressent en ce sens aussi bien aux adolescents, qu'à leurs parents ou aux éducateurs en charge de ces adolescents. En particulier une écoute appropriée des professionnels de l'adolescence doit pouvoir être développée au sein des MdA.

6- Les MdA n'ont pas pour vocation à se constituer en centre de référence autour de l'adolescence. Elles sont un lieu d'échanges et de croisement des compétences autour de l'adolescence. Elles peuvent dans cet esprit supporter des centres de formation ou de documentation autour de l'adolescence. Elles constituent des lieux ressources pour les professionnels travaillant avec les adolescents.

7- Les MdA sont un lieu généraliste s'adressant à tous les publics adolescents, dès l'âge des premières transformations pubertaires jusqu'à l'autonomisation psychique signant l'accès au monde adulte. A ce titre, elles n'ont pas pour vocation à se spécialiser dans la prise en compte de certains publics adolescents plus que d'autres. Leur mission généraliste est leur essence même, ce qui ne leur interdit pas, en fonction de leur implantation, d'avoir un regard plus aigu sur certaines modalités d'expression adolescentes ou sur certaines populations aux caractéristiques plus spécifiques.

8- Les MdA constitue une interface entre les lieux existants de prise en compte des adolescents. A ce titre, elles travaillent en étroite collaboration avec des structures d'amont ou d'aval, en particulier les Points Accueil Ecoute Jeunes, les Espaces Santé Jeunes, les missions locales, la santé scolaire, les services de pédiatrie et de médecine de l'adolescent, les centres de planning familial, l'ensemble des secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale, les médecins libéraux et les structures d'accueil social et médico-social. L'existence de ces dispositifs constitue un complément indispensable au bon fonctionnement des MdA.

9- Les MdA constituent entre elles un réseau national appelé « Association Nationale des Maisons des Adolescents ». Cette mise en lien vise à appuyer le développement, sur l'ensemble du territoire français, de nouvelles maisons des adolescents afin d'assurer aux populations concernées (adolescents, familles et professionnels) un service de qualité homogène. Elle vise en outre à développer les réflexions locales, régionales, nationales et européennes autour des MdA. Cette association se veut un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics afin de défendre les principes communs aux MdA et d'être si besoin, leur porte-parole auprès de leurs interlocuteurs institutionnels.

L'adhésion à cette association implique l'acceptation des principes énoncés dans cette charte.

**Le 2 mars 2008**

**Annexe 7 : Statuts de l'Association Nationale des MDA**

**ASSOCIATION NATIONALE**  
**des MAISONS DES ADOLESCENTS**

**STATUTS**  
**votés le 3 octobre 2008**

## **Article 1 : Constitution et dénomination**

Le **3 octobre 2008**, les membres fondateurs ont déposé les statuts de la présente association à la Préfecture du Havre.

Elle prend pour dénomination « Association Nationale des Maisons des Adolescents » représentée par le sigle (ANMDA).

Elle est régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.

## **Article 2 : Objet**

Son objet est :

- De réunir les dispositifs concernés par la prise en compte des adolescents et jeunes majeurs présentant des difficultés de santé (entendu au sens de la Charte d'Ottawa), d'origine et d'expression variées et qui relèvent dans leurs organisations du cahier des charges (ministère de la famille, janvier 2005) des Maisons des Adolescents (MDA)
- De faire valoir et de représenter les intérêts des dispositifs conjuguant donc une dimension pluri partenariale et pluri disciplinaire, ayant vocation à l'accueil des jeunes et au développement d'un travail dit en « réseau » et relevant des missions de service public
- De développer des réflexions sur les questions relatives au sens ainsi qu'aux modalités des interventions de ces dispositifs, notamment du travail en réseau, afin de mieux définir la place des MDA dans les diverses propositions d'aide et de soin faites aux adolescents et à leurs parents, dans leur lien avec les dispositifs de l'enseignement et de la formation, de la santé, de la protection de l'enfance, de l'action sociale, de la justice et de prévention.
- D'être un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics et des organisations concernées par les activités de l'association au niveau local, régional, national et européen.
- De promouvoir les recherches et les formations dans le but de faire évoluer les théories et les pratiques professionnelles des intervenants auprès d'adolescents en difficulté.

## Article 3 : Siège Social

Le siège social de l'Association est situé à la Maison de l'Adolescent, 69 rue d'Ingouville, 76600 LE HAVRE. Il pourra être transféré par simple décision du Conseil d'Administration.

## Article 4 : Composition

L'association se compose de :

- Membres Fondateurs
- Membres d'honneur
- Membres adhérents
- Membres associés

qui ont déjà adhéré aux présents statuts, puis de ceux dont la candidature a été agréée par le Conseil d'Administration qui statue, lors de chacune de ses réunions, sur les demandes d'adhésions présentées.

Le Conseil d'Administration motive ses décisions.

## Article 5 : Conditions d'adhésions

**Les dispositifs, établissements et services**, quelque soit leur statut juridique, qui relèvent d'une organisation MDA, manifestent leur volonté d'adhérer à l'Association, par une demande écrite auprès du Conseil d'Administration.

Ils sont représentés par leur responsable.

**Les personnes physiques** dont tout ou partie de l'exercice professionnel est consacré à intervenir au sein d'une Maison des Adolescents, manifestent leur volonté d'adhérer à l'Association, par une demande écrite auprès du Conseil d'Administration.

Tous s'engagent à respecter les présents statuts et l'esprit de la charte et à se conformer aux décisions de l'Assemblée Générale.

## Article 6 : Membres

**Sont membres fondateurs**, les personnes ayant participé à l'Assemblée Constitutive de l'Association et dont les noms suivent :

- **Guillaume BRONSARD, 169 rue du Paradis, 13000 Marseille, psychiatre, responsable de la MDA de Marseille**
- **Patrick COTTIN, 19 rue Racine, 44000 Nantes, directeur de la MDA de Loire-Atlantique**
- **Véronique DESRAME, 9 place de la Mare, 14000 Caen, directrice adjointe de la MDA du Calvados**

- **Alain FUSEAU, 69 rue d'Ingouville, 76600 Le Havre, psychiatre, responsable de la MDA du Havre**
- **Patrick GENVRESSE, 9 place de la Mare, 14000 Caen, psychiatre, directeur de la MDA de CAEN**

**Sont membres d'honneur** les personnes qui rendent ou qui ont rendu des services éminents à l'ANMDA en contribuant par leurs travaux et activités aux buts de l'Association.

Ce titre est décerné par le Conseil d'administration de l'Association.

Il permet de participer aux assemblées générales avec voix consultatives sans être tenu de verser une cotisation.

**Sont membres adhérents :**

- **Les MDA (en tant que personnes morales)** qui ont versé la cotisation annuelle, dont le montant est fixé par l'assemblée générale. Chaque membre adhérent dispose d'une voix délibérative à l'assemblée générale. La représentation de la MDA est obligatoirement assurée par le Responsable.
- **Les professionnels intervenants dans une MDA** qui ont versé la cotisation annuelle dont le montant est fixé par l'assemblée générale. Chaque membre adhérent intervenant dans une MDA dispose d'une voix délibérative à l'assemblée générale.
- **Les associations** dont les buts concernent le champ d'intervention des MDA qui ont versé la cotisation annuelle, dont le montant est fixé par l'assemblée générale. La représentation de l'association est assurée par son président ou une personne mandatée par lui. Chaque membre adhérent en tant que personne morale dispose d'une voix délibérative à l'assemblée générale quel que soit le nombre d'établissements gérés.

**Sont membres associés :**

- **Les associations, dispositifs, établissements ou services** qui ont versé la cotisation annuelle dont le montant est fixé par l'assemblée générale. Ces membres, qui disposent d'une voix consultative à l'assemblée générale, représentent des associations, dispositifs, établissements ou services qui ne sont pas des MDA mais qui, soit s'en rapprochent dans le fonctionnement, soit envisagent de le devenir et souhaitent disposer du soutien de l'association nationale des MDA.

## **Article 7 : Perte de la qualité de membre**

La qualité de membre se perd par :

- la démission
- le non paiement de la cotisation
- la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour motif grave. Après avoir entendu l'intéressé, le Conseil d'Administration motive sa décision.

## Article 8 : Ressources de l'association

Les ressources de l'association comprennent :

- 1) le montant des cotisations, fixé chaque année à l'Assemblée Générale
- 2) les subventions de l'Union Européenne, de l'État, des collectivités territoriales et autres
- 3) les dons
- 4) le produit des rétributions des services rendus
- 5) les bénéfices liés à l'organisation de journées d'étude

Pour l'année 2008, le montant des cotisations est ainsi fixé :

- les MDA 50 euros
- les professionnels des MDA 10 euros
- les associations 50 euros
- les membres associés 30 euros

## Article 9 : Conseil d'Administration

L'association est administrée par un conseil de 21 membres au maximum (19 avec voix délibératives, 2 avec voix consultative) élus pour trois années lors de l'assemblée générale, par les 3 collèges :

- Collège des responsables : 11 membres maximum,
- Collège des intervenants en MDA : 4 membres maximum
- Collège des personnes morales (associations) : 4 membres maximum

Tout collège confondu, il ne peut y avoir plus de trois personnes au Conseil d'Administration, œuvrant dans le même dispositif.

Au titre des membres associés, 2 membres maximum peuvent siéger au conseil d'administration avec voix consultative.

Les administrateurs sont rééligibles. Le scrutin se fait à main levée ou est secret à la demande d'au moins un membre.

Pour un renouvellement par tiers chaque année, lors de la 1<sup>ère</sup> Assemblée Générale, il est procédé à un tirage au sort désignant les 7 personnes élues pour 1 année, puis pour 2 années et enfin pour 3 années.

Le Conseil d'Administration se réunit au moins 2 fois par an. Il se réserve le droit d'inviter toute personne qualifiée à participer à ses travaux.

En cas de vacance, le Conseil peut pourvoir provisoirement au remplacement de ses membres par élection du Conseil d'Administration. Il est procédé à leur remplacement définitif par vote à l'Assemblée Générale suivante. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à la date où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un bureau composé de 8 membres maximum dont :

- Un président, qui dispose d'une voix prépondérante en cas d'égalité des voix lors des votes au CA, au bureau et lors de l'AG. Il représente l'association dans tous les actes de la vie civile, ordonne les dépenses et peut donner des délégations.
- Un secrétaire général
- Un trésorier
- 5 vice-présidents c'est à dire 1 par région téléphonique, élus par les administrateurs de la région téléphonique concernée

Chaque membre du bureau est élu pour trois ans renouvelables à la condition de demeurer membre du CA.

Le CA est convoqué par le Président ou sur demande d'un quart au moins de ses membres. La présence de la moitié des membres du CA est nécessaire pour la validité des délibérations. Les décisions se prennent à la majorité des votes. La voix du Président est prépondérante en cas d'égalité des voix.

Les procès verbaux des séances sont signés par le Président et le secrétaire général. Ils sont établis sans blanc, ni rature sur des feuilles numérotées et conservées au siège de l'association.

## **Article 10 : Assemblée générale ordinaire**

L'Assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association. Elle se réunit chaque année.

Quinze jours au moins avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins du Secrétaire Général. L'ordre du jour établi par le Conseil d'Administration est indiqué sur les convocations.

Le Président, assisté des membres du Conseil préside l'Assemblée et expose le rapport moral de l'association.

Le trésorier rend compte de sa gestion. Il soumet le bilan à l'approbation de l'Assemblée et présente les orientations du budget prévisionnel pour l'année suivante.

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement, au sein de chaque collège et au scrutin secret, des membres du conseil sortant si besoin est.

Ne seront traitées, lors de l'assemblée générale, que les questions soumises préalablement à l'ordre du jour.

La présence du tiers des membres adhérents est nécessaire pour la validité des délibérations. Les décisions se prennent à la majorité des votes. La voix du Président est prépondérante en cas d'égalité des voix.

Les procès verbaux des séances sont signés par le Président et le secrétaire général. Ils sont établis sans blanc, ni rature sur des feuilles numérotées et conservés au siège de l'association.



## **Article 11 : Assemblée générale extraordinaire**

Sur la demande de la moitié plus un des membres adhérents, le Président peut convoquer une assemblée générale extraordinaire pour la révision des statuts, suivant les formalités de convocation prévues par l'article 10.

La présence du tiers des membres adhérents est nécessaire pour la validité des délibérations. Les décisions se prennent à la majorité des votes. La voix du Président est prépondérante en cas d'égalité des voix.

Les procès verbaux des séances sont signés par le Président et le secrétaire général. Ils sont établis sans blanc, ni rature sur des feuilles numérotées et conservés au siège de l'association.

## **Article 12 : Règlement intérieur**

**Un règlement intérieur peut être établi par le Conseil d'Administration.**

Ce règlement est destiné à fixer les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'association.

**Annexe 8 : Bureau de l'Association des MDA**

**BUREAU ANMDA**  
**(Association Nationale des Maisons des Adolescents)**

Le 13 octobre 2008

Président : Docteur Alain FUSEAU (MDA Le Havre)

Trésorier : Mme Véronique DESRAME (MDA Caen)

Trésorier Adjoint : Docteur Patrick GENVRESSE (MDA Caen)

Secrétaire Général : M. Patrick COTTIN (MDA Nantes)