



Direction de la performance

MAISON DES ADOLESCENTS DU CALVADOS

RAPPORT D'ÉVALUATION

Février 2012

Sommaire

I.	LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION	3
I.1	Le contexte réglementaire	3
I.2	Description de la structure à évaluer	3
II.	LA DEMARCHE D'ÉVALUATION	5
II.1	L'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ESMS) prévue par l'ANESM5	
II.2	La méthodologie d'évaluation	5
II.3	Les limites de l'évaluation	6
III.	PRESENTATION DES RESULTATS	7
III.1	BILAN RELATIF A L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU DOSSIER CROSMS	7
III.1.1	Accueil, écoute, orientation, information	7
III.1.2	Consultations spécialisées	12
III.1.3	Accueil de jour - Espace de soin et de médiation	16
III.1.4	Conventions	20
III.1.5	Hébergement thérapeutique	28
III.2	BILAN FINANCIER	30
III.2.1	Analyse - Eléments d'introduction	33
III.2.2	Analyse des sources de financement, de leur nature, leur origine...	33
III.2.3	Analyses relatives à la masse financière utilisées pour le traitement des personnels	41
III.2.4	Analyse des dépenses	46
III.3	Bilan au regard des objectifs du cahier des charges national	51
III.3.1	Les objectifs d'une maison des adolescents	51
III.3.2	Les missions d'une maison des adolescents	56
III.3.3	L'organisation d'une maison des adolescents	56
III.3.4	Les prestations proposées par une maison des adolescents	57
III.3.5	Les acteurs d'une maison des adolescents	58
III.4	Analyse comparative avec d'autres maisons d'adolescents	59
IV.	CONCLUSION	62
V.	RECOMMANDATIONS	63
VI.	ANNEXES	65
VI.1	Cahier des charges national maison des adolescents	65
VI.2	. Cahier des charges régional de l'évaluation de la MDA 14	70

MAISON DES ADOLESCENTS DU CALVADOS

RAPPORT D'ÉVALUATION

I. LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

1.1 Le contexte réglementaire

La Maison des Adolescents (MDA) du Calvados a été autorisée par un arrêté du 11 mai 2007 "pour une durée de 5 ans renouvelable, sous réserve du résultat positif de l'évaluation des activités réalisées".

Cette structure ayant un caractère expérimental (12° du I de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles), elle relève de fait des dispositions de l'article L313-7 du même code qui dispose que :

"Les autorisations des établissements et services à caractère expérimental mentionnés au 12° du I de l'article L. 312-1 sont accordées pour une durée déterminée, qui ne peut être supérieure à cinq ans. Elles sont renouvelables une fois au vu des résultats positifs d'une évaluation. Au terme de la période ouverte par le renouvellement et au vu d'une nouvelle évaluation positive, l'établissement ou le service relève alors de l'autorisation à durée déterminée mentionnée à l'article L. 313-1."

La partie sociale et médico-sociale est portée par l'association ACSEA. Elle concerne à la fois l'accueil, la prise en charge de jour et l'hébergement thérapeutique. La partie sanitaire est portée par le CHS de Caen.

Renouvellement d'autorisation : Le renouvellement de la MDA, s'il est validé, doit avoir lieu au plus tard le 11 mai 2012.

1.2 Description de la structure à évaluer

L'association pour la création de la maison des adolescents du Calvados « PASSADO 14 » a fait l'objet d'une déclaration à la préfecture du Calvados le 19 septembre 2006.

Finalité : L'objet de cette association est la constitution, la gestion et le développement de la maison des adolescents du Calvados. Elle prévoit des actions en direction des adolescents : l'écoute, l'évaluation, l'information, le suivi éducatif et des consultations. L'association se fixe également pour objectif : l'accompagnement des parents d'adolescents ainsi que la formation et le soutien des professionnels intervenant en direction d'adolescents.

Zone géographique : département du Calvados.

Population : enfants et adolescents de 12 à 21 ans.

Histoire du projet : En 1993, le Docteur Genvresse, mandaté par la DDASS du Calvados, mène une enquête et propose une mise en complémentarité des compétences du sanitaire, du social et du médico-social. Sont ainsi créés :

- en 1998, le centre EMPA (Ecoute Médico Psychologique pour Adolescents) au CHS de Caen
- en 2002, l'UCHA (Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents) au CHRU de Caen

En 2003, le projet ERSA (Espace Ressource et de Soins pour Adolescents) voit le jour (partenariat CHS/CHU). Le partenariat avec le secteur médico-social se développera progressivement grâce à l'implication de l'ACSEA (Association Calvadosienne de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence).

Le projet ERSA répond au déficit de places d'Hôpital De Jour dans le département et propose de pallier l'absence de lieu d'évaluation, de détection, de prévention et de promotion de la santé pour les jeunes du Calvados.

En 2004, le projet ERSA s'inscrivant pleinement dans la dynamique nationale de création de Maison Des Adolescents, s'est vu rebaptiser Maison Des Adolescents.

La maison des adolescents assure 5 grandes missions :

- Vers les adolescents : accueil, écoute, orientation et information, évaluation des situations, soins et soutien médico-éducatif auprès des adolescents de 12 à 21 ans
- Vers les parents : la guidance parentale
- Vers les professionnels : le soutien technique auprès d'eux
- L'animation de réseaux de santé et socio-éducatifs
- La formation des personnels, la recherche épidémiologique

Les missions spécifiques vers les adolescents (telles qu'identifiées par le rapporteur de la demande d'autorisation) :

- Accueil, écoute, orientation, information (accueil et accompagnement du jeune dans son projet)
- Consultations spécialisées (psychiatriques, psychologique, familiales, médicales, sociales...)
- Conventions à finaliser dans les champs de la santé, de l'éducation nationale, de l'action médico-sociale, de l'action sociale, de l'insertion sociale et professionnelle
- Accueil à temps partiel de jour avec le développement d'actions sur le plan socio-éducatif mais également des médiations psychoaffectives et des actions thérapeutiques
- Hébergement thérapeutique : prise en charge thérapeutique et socio-éducative dans le cadre d'un hébergement de nuit pour 10 jeunes de 12 à 18 ans

Les acteurs en lien avec le fonctionnement du projet : les membres fondateurs de l'association, CHS et ACSEA portent respectivement l'autorisation sanitaire et les autorisations sociale et médico-sociale. Il s'agit d'un montage juridique complexe qui reflète la volonté de travailler sur le champ social, médico-social et sanitaire.

II. LA DEMARCHE D'EVALUATION

II.1 L'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ESMS) prévue par l'ANESM

L'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) a notamment pour mission d'accompagner les établissements et services sociaux ou médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dans leur démarche d'évaluation, vecteur essentiel d'amélioration de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles stipule que ces établissements procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations. La démarche d'évaluation interne intervient au terme de cinq années d'expérience pour la maison des adolescents du Calvados.

La maison des adolescents du Calvados rendra sa première évaluation interne en janvier 2012.

En complément, il est indiqué que ces établissements doivent procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Les établissements doivent, pour ce faire, solliciter des organismes préalablement agréés par l'ANESM.

Interrogée sur le rythme des évaluations externes qui doit s'appliquer aux établissements expérimentaux telle la maison des adolescents du Calvados, l'ANESM n'a pas apporté de réponse et nous a indiqué transmettre la question à la DGCS.

Compte tenu des éléments dont l'ARS dispose à ce jour, si l'ANESM le confirmait, la maison des adolescents du Calvados en qualité d'établissement expérimental devrait rendre une évaluation externe au cours de l'année 2014.

II.2 La méthodologie d'évaluation

Dans ce contexte et en amont du renouvellement de l'autorisation médico-sociale, l'ARS de Basse-Normandie a souhaité piloter une évaluation globale de la maison des adolescents du Calvados selon les objectifs du cahier des charges joint en annexe.

Les deux principaux objectifs de cette évaluation sont :

- réaliser un bilan du fonctionnement de la maison des adolescents depuis sa création
- développer les bases d'une nouvelle contractualisation et ses modalités d'évaluation

L'évaluation, qui sera soumise au directeur général de l'ARS, devra notamment répondre aux objectifs opérationnels suivants :

1. réaliser un bilan relatif à l'atteinte des « objectifs » décrits dans le dossier et le rapport CROSMS au travers notamment des 5 missions identifiées en 2007 :
 - Accueil, écoute, orientation, information
 - Consultations spécialisées
 - Conventions
 - Accueil temps partiel de jour
 - Hébergement thérapeutique

2. réaliser un bilan relatif à l'utilisation des fonds versés par l'ARS (sanitaires, médico-sociaux et prévention) et les analyser au regard du budget global de la MDA 14 et notamment des financements attribués par d'autres partenaires
3. rechercher la compatibilité des activités actuelles de la MDA et de ses projets avec le cahier des charges défini nationalement pour les MDA et le cas échéant rechercher sous quelles formes intégrer les éventuelles spécificités de la MDA du Calvados
4. décliner au sein des activités de la MDA les priorités et objectifs du PRS (PSRS, schémas et PRAPS) dans une optique de préparation de la nouvelle convention

II.3 Les limites de l'évaluation

Au préalable, nous avons pu identifier quelques limites à cette évaluation :

- L'évolution de la présentation des rapports d'activité et de son contenu au fil des années

Pour cette raison, certaines lignes des tableaux synthétiques présentés dans le rapport n'ont pu être complétées.

- L'organisation ou non d'enquêtes de satisfaction selon les années

En 2009 notamment, la maison des adolescents a fait le choix d'interrompre l'enquête de satisfaction en direction des adolescents.

- L'exhaustivité des documents transmis à la direction de la performance

La disponibilité des professionnels de la maison des adolescents notamment du Docteur Genvresse, pédopsychiatre et directeur de la maison des adolescents du Calvados ainsi que de Madame Desramé, directrice adjointe est à souligner. Toutefois, parmi la masse de documents transmis à l'ARS, nous ne pouvons écarter certains oublis.

A titre d'exemple, les conventions de partenariat sont très nombreuses et il est probable que certaines aient pu être omises dans la présentation.

- L'évolution même du projet

Certains aspects du projet global de la maison des adolescents n'avaient pas forcément été identifiés dès 2006. Ils ont fait l'objet de travaux postérieurs.

Toutefois, faisant partie intégrante de l'organisation et des propositions faites aujourd'hui aux adolescents, à leurs familles ou aux professionnels du secteur, ils ont été intégrés à la présente évaluation. Il s'agit notamment de l'espace réseau/ressource.

- La publication reportée du PRS (Projet Régional de Santé) de Basse-Normandie

Enfin, il est à noter que le PRS ne sera pas encore arrêté lors de l'instruction du dossier de demande de renouvellement de la maison des adolescents. En revanche, les priorités du volet santé mentale du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) ont été identifiées au cours de groupes de travail associant les professionnels du secteur, dont notamment des représentants du CHS et de la maison des adolescents du Calvados.

La partie du rapport consacrée aux recommandations dans le cadre d'une nouvelle contractualisation reposera donc davantage sur des tendances.

Afin de limiter les éventuelles incorrections de cette évaluation, deux parties de ce rapport ont été soumises à la maison des adolescents :

- le bilan relatif à l'atteinte des objectifs du dossier CROSMS
- le bilan des financements

III. PRESENTATION DES RESULTATS

III.1 BILAN RELATIF A L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU DOSSIER CROSMS

Ce bilan d'activité est construit au regard des objectifs initiaux du projet maison des adolescents tel qu'il a été autorisé par arrêté le 11 mai 2007 au travers notamment des 5 missions identifiées.

III.1.1 Accueil, écoute, orientation, information

Objectifs

Objectifs du dossier retenu en CROSMS en 2007	Critères d'évaluation	Cible / Autorisation	Indicateurs d'évaluation	Sources de données
Accueil, écoute, orientation, information : - référent de 1 ^{ière} ligne : accueil - référent d'accompagnement : accompagne le projet du jeune de son élaboration à sa mise en place et son suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture effective et organisation de l'espace accueil - Modalités d'accompagnement et d'orientation vers d'autres structures - Niveau de satisfaction des jeunes et des familles 	<ul style="list-style-type: none"> - Du lundi au vendredi de 13h à 19h Le samedi de 10h à 13h - 500 à 600 accueils sans RDV 	<ul style="list-style-type: none"> - Jours et heures d'ouverture adaptés au public - Permanence de l'accueil téléphonique - Nombre d'entretiens réalisés - Nombre de jeunes reçus - Nombre de venues spontanées d'adolescents - Nombre d'orientations effectuées, vers quelles structures, dans quelles proportions - % de jeunes satisfaits de l'accueil, l'écoute, l'orientation et l'information - Nombre de parents reçus - % des parents satisfaits de l'accueil, l'écoute, l'orientation et l'information 	<ul style="list-style-type: none"> Dossier promoteur, rapports d'activité, visite du site Enquête et/ou entretiens adolescents et parents

L'estimation théorique a été revue à la hausse : 600 à 700 accueils/an sans RDV avec entretien d'évaluation peu après l'ouverture.

Résultats observés	2006 Du 4/10/06 au 31/12/06	2007	2 0 0 8	2009	2010
Ouverture effective	Du lundi au vendredi de 13h à 19h Le samedi de 10h à 13h	Du lundi au vendredi de 13h à 19h Le samedi de 10h à 13h	Du lundi au vendredi de 13h à 19h Le samedi de 10h à 13h	Du lundi au vendredi de 13h à 19h Le samedi de 10h à 13h	Du lundi au vendredi de 13h à 19h Le samedi de 10h à 13h
Organisation de l'espace accueil (Nbre d'accueillants)	2	NC*	NC*	NC*	4.8 ETP
Nombre de jeunes reçus (nouvelles situations)	163	794	982	952	1071
filles	60%	57%	51%	49%	49%
garçons	40%	43%	49%	51%	51%
Nombre de jeunes orientés vers	108	456	542	489	
- une PEC interne		286 (36%)	279(29%)	238 (25%)	22.1%
- une PEC externe		170 (21%)	263 (26%)	251 (26%)	25.9%
Nombre total d entretiens effectués	267	1244	2012	2087	2477
Nombre de parents reçus	44	238	619	NC*	689

* NC : résultat non communiqué dans le rapport d'activité

Résultats observés	2006 Du 4/10/06 au 31/12/06	2007	2 0 0 8	2009	2010
Orientation vers MDA 14					
Education Nationale	28.8%	26.9 %	34.7%	23%	32.7%
service de santé	23.9%	8.2%	5.8%	NC	5%
parents, entourage	14.7%	17.5%	26%	23%	27.8%
service éducatif	9.8%	6.5%	3.3%	NC	5.8%
adolescents	6.7%	NC	NC	NC	NC
publicité	5.52%	18.4%	7.6%	NC	5.3%
Prof libéraux	0%	12.36%	11.5%	NC	9.9%
Autres (justice, ESMS...)	3%	10.14%	11.1%	54%	13.5%
Principaux motifs des demandes	- difficultés des parents sur le plan éducatif - Mal-être adolescent	- troubles dépressifs - troubles du comportement - problèmes familiaux	- difficultés au sein de l'établissement scolaire - problèmes familiaux - troubles du comportement - troubles des relations et estime de soi	-troubles de l'adaptation scolaire -troubles des relations et estime de soi - troubles du comportement - problèmes familiaux -troubles dépressifs	- difficultés au sein de l'établissement scolaire - troubles du comportement - problèmes familiaux -troubles des relations et estime de soi - troubles dépressifs
Questionnaires de satisfaction	64 fiches	106 fiches	87 fiches	NC*	90 fiches
accueil satisfaisant	91%	91%	83%		79%
attente raisonnable	90%	90%	55%		89%
bonne qualité de la relation	94%	94%	96.5%		NC
informations aidantes	88%	88%	92%		91%
propositions utiles	92%	92%	86%		78%
horaires adaptés	90%	90%	94%		88%

* NC : résultat non communiqué dans le rapport d'activité

Synthèse des résultats et recommandations

Principaux résultats

L'espace accueil de la maison des adolescents du Calvados constitue véritablement le « guichet unique départemental » pour les adolescents, les familles et les professionnels. Ce dispositif permet des entretiens individualisés sans rendez-vous pouvant déboucher sur un soutien ponctuel, des évaluations et des orientations tant en interne qu'en externe.

En 2010 après 4 années de fonctionnement, les demandes formulées à l'espace accueil sont réparties sur l'ensemble du département grâce au déploiement de son activité dans tous les bassins de population du département, sous la forme d'antennes et d'interventions mobiles (Bayeux, Lisieux et prochainement Vire).

La file active en fin de période atteint **1071 adolescents et 2477 entretiens annuels**. La maison des adolescents a ainsi dépassé les objectifs quantitatifs qu'elle s'était initialement fixés : 700 accueils/an.

Les démarches des jeunes restent majoritairement initiées par leur environnement usuel (établissement scolaire, famille). Il est toutefois à noter l'augmentation significative des orientations provenant de professionnels de santé libéraux, notamment médecins.

Les principaux motifs à l'origine des demandes sont récurrents sur les 5 années observées, même si l'ordre des demandes les plus fréquentes peut varier d'une année sur l'autre : problèmes familiaux, mal être, troubles du comportement, troubles dépressifs avec l'apparition dès 2008 des troubles des relations et estime de soi et difficultés au sein de l'établissement scolaire ou troubles de l'adaptation scolaire.

Au-delà des motifs énoncés, l'augmentation significative des antécédents de tentatives de suicide repérées lors de l'évaluation par l'accueillant est à prendre en compte. Pour une tentative de suicide clairement énoncée par le jeune ou sa famille, 11 sont repérées par le professionnel de l'espace accueil.

Les difficultés éducatives sont également largement sous-estimées par le jeune et son entourage.

L'organisation de l'espace accueil constitué **de 4,8 ETP fin 2010** permet de répondre aux demandes d'accueil sans RDV. Il est toutefois à noter l'allongement du temps d'attente et des périodes particulièrement intenses dans la semaine pour les professionnels de l'accueil (le mercredi et le samedi matin notamment).

Le nombre d'entretiens moyen est de 2,3 par situation, en cohérence avec le cadre préalablement fixé : pas plus de 3 entretiens par situation.

En matière d'orientation, 1 situation sur 5 (20%) trouve réponse à l'espace accueil ; 22,1% des situations sont orientées en interne, essentiellement vers l'espace consultation ; 25,9% des adolescents sont orientés à l'externe, majoritairement vers les professionnels du soin.

Au cours de nos échanges avec les professionnels de la MDA 14, nous avons appris que le nombre d'orientations vers des partenaires externes augmentait de façon significative au fil des ans et de l'expérience acquise chez les accueillants.

RECOMMANDATIONS

1. Asseoir la présence de la maison des adolescents dans les bassins de population en dehors du plateau caennais pour assurer la couverture géographique complète du département
2. Formaliser le parcours d'un adolescent avec les structures d'aval
3. Evaluer les orientations vers des partenaires externes
4. Définir les modalités d'action et de prise en charge sur les bassins de vie limitrophes avec d'autres départements en lien avec les maisons des adolescents de la Manche et de l'Orne, notamment.
5. Limiter le temps d'attente

III.1.2 Consultations spécialisées

Les perspectives annuelles, au regard de l'activité antérieure de l'EMPA (centre d'Ecoute Médico Psychologique pour Adolescents, créé en 2008 au CHS de Caen) ont été estimées à plus de **7000 actes ambulatoires** : consultations, visites, démarches administratives pour une file active de plus de 1000 adolescents.

Objectifs

Objectifs du dossier retenu en CROSMS en 2007	Critères	Cible / Autorisation	Indicateurs	Sources de données
Consultations spécialisées : - consultations psychiatriques - consultations psychologiques et psychothérapiques - entretien infirmier ou avec un éducateur spécialisé pour un soutien psychologiques - consultation socio-familiale (AS) - consultations médicales (généraliste, pédiatre gynécologue, diététicien, dermatologue...) - consultations familiales systémiques, éventuellement thérapies	- Organisation effective des consultations spécialisées présentées dans le dossier promoteur - niveau de satisfaction des jeunes et des parents	- Du lundi au vendredi de 9h à 18h, le samedi de 9h à 12h - 7100 consultations - File active : 1100 adolescents	- Jours et heures d'ouverture des consultations spécialisées - Nombre de consultations/spécialité/an - Nombre total de consultations - Nombre de jeunes concernés/spécialité/an et évolution annuelle - Nombre total d'adolescents suivis - % de jeunes et de parents satisfaits des consultations spécialisées	Dossier promoteur, rapports d'activité Questionnaires de satisfaction jeunes/parents

RESULTATS	2006	2007	2008	2009	2010
File active		967	891	773	810
Organisation des consultations					
Nombre total de consultations dont :	1386	6536	6848	6823	6562
Médicales	528 (38%)	2556 (39%)	2902 (42.3%)	2802(41%)	2556(39%)
Psychologiques	397 (28.6%)	1982 (30%)	2145 (31.3%)	2216(32.5%)	1840(28%)
Infirmiers	453 (32.6%)	1840 (28%)	1646 (24%)	1506(25%)	2083(31.7%)
Assistante sociale	8 (0.5%)	158 (2.4%)	164 (2.3%)	99(1.5%)	83(1.3%)
Autres démarches :					
Visites médicales	249	629			
Démarches administratives	298	657			717
Enseignant spécialisé				19	
Séances thérapeutiques		32	50	76	366
Nombre total d'actes	1933	7822	6898	6918	7675
Satisfaction					
Fiches	20	98	74	NC**	129
Délai de RDV raisonnable	72%	59%	61%	NC**	81%
Accueil satisfaisant	84%	66%	62%	NC**	81%
Relation de qualité	89%	87%	71%	NC**	92%
Consultation utile	72%	70%	59.5%	NC**	88%
Horaires adaptés	69%	78%	80%	NC**	96%

NC : résultat non communiqué dans le rapport d'activité

** L'enquête de satisfaction n'a, a priori, pas été menée en 2009

Synthèse des résultats et recommandations

Principaux résultats

Conformément au dossier promoteur et aux objectifs de l'autorisation, un panel de prises en charge ambulatoires et institutionnelles est proposé au sein de l'espace consultation : consultations médicales, psychiatriques, psychologiques, sociales et entretiens infirmiers mais également sous la forme de groupes thérapeutiques.

Fin 2010, l'équipe de l'espace consultation est composée de 1,1 ETP de médecin psychiatre, 0,3 ETP de médecin pédiatre, 0,11 ETP de médecin de prévention santé, 1 ETP d'interne en psychiatrie, 2,07 ETP de psychologues, 2 ETP d'infirmiers spécialisés et 0,3 ETP d'assistant de service social soit un total de **6,88 ETP**.

En terme quantitatifs, la maison des adolescents n'atteint pas tout à fait l'objectif d'un millier de jeunes reçus à l'espace consultations : **810 ont été reçus en 2010**.

En revanche, en nombre d'actes, l'espace consultation dépasse l'objectif quantifié à 7000 actes, tous actes confondus, pour atteindre **7675 actes en 2010**.

Les variations du nombre de consultations d'une année à l'autre ne sont pas tant dues à l'évolution du nombre de demandes qu'à l'effectif de professionnels de santé dédié pour cette consultation (ex : une augmentation du temps infirmier de 1,7 à 2 ETP en 2010 a permis d'augmenter le nombre d'entretiens en passant de 1706 entretiens en 2009 à 2083 entretiens en 2010).

Au regard des 4 années complètes d'activité observées, l'activité de l'espace consultation est relativement stable avec une file active qui augmente légèrement.

La saturation de l'espace consultation et le délai d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous ont contraint la maison des adolescents à l'analyse de la répartition du temps de travail effectif. Il en résulte que les jeunes sont reçus moins souvent en consultation.

Au regard des enquêtes de satisfaction menées, il s'avère que les personnes ayant répondu (jeunes ou parents) considèrent les horaires adaptés et la relation de bonne qualité. Les conditions d'accueil et le délai de rendez-vous (un à deux mois fin 2010) sont également jugés favorablement. Enfin, l'intérêt de la consultation est jugé utile et aidant le plus souvent.

Ces bons résultats de l'espace consultation attestent de la **disponibilité et du professionnalisme de l'équipe**. Ces enquêtes de satisfaction très positives sont également à corrélérer à d'autres facteurs :

- le délai moyen d'obtention pour un rendez-vous dans les autres centres de consultation (de 6 à 9 mois) et la saturation de ces dispositifs : CMP, CMPP...
- la disponibilité des accueillants qui restent à l'écoute en attendant le rendez-vous effectif à l'espace consultation

Au total, l'espace consultation de la maison des adolescents répond au besoin de consultations en ambulatoire d'adolescents en mal-être, que ceux-ci soient orientés du champ sanitaire (centres hospitaliers, médecins, psychologues) mais également de la protection de l'enfance, de professionnels du secteur médico-social ou encore de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Il inscrit son action en complémentarité avec les structures existantes.

RECOMMANDATIONS

- 6.** Procéder à une évaluation de l'espace consultation par les professionnels « adresseurs » en complément des enquêtes menées auprès des jeunes et des familles
- 7.** Poursuivre le travail de priorisation des demandes
- 8.** Réduire le délai entre la demande et le premier rendez-vous et fixer un délai maximal à ne pas dépasser
- 9.** Se fixer un objectif cible de nouveaux patients et suivre à travers un tableau de bord le renouvellement de la file active
- 10.** Avoir une réflexion sur la fréquence et l'ordre du jour des différentes réunions de coordination dans l'objectif d'optimiser le temps effectif auprès de l'adolescent

III.1.3 Accueil de jour - Espace de soin et de médiation

Le « temps de jour » est destiné à recevoir des adolescents en difficultés éducatives et/ou psychologiques à temps partiel ou en hospitalisation de jour. Il reçoit des jeunes depuis avril 2007 selon une montée en charge progressive. La file active annuelle était estimée à 40 adolescents.

Objectifs

Objectifs du dossier retenu en CROSMS en 2007	Critères	Cible / Autorisation	Indicateurs	Sources de données
Accueil temps partiel de jour Complémentarité avec le projet d'unité d'adolescents en crise En complément de l'hébergement thérapeutique	- Ouverture effective de l'accueil de jour - Organisation de groupes d'affirmation et de paroles, entretiens individuels... - Niveau de satisfaction des jeunes et des parents	15 adolescents /semaine File active annuelle : 40	- Jours et horaires d'ouverture adaptés au public - Nombre de personnes accueillies et évolution au cours des 5 ans/nombre prévisionnel - Actions individuelles et collectives développées - % des jeunes et de parents satisfaits de l'accueil de jour	Dossier promoteur, rapports d'activité Compte-rendu de réunions Entretiens ou questionnaires

RESULTATS	2006	2007 D' avril à décembre	2008	2009	2010
Nombre d'adolescents		32	60	67	56
Filles		13 (41%)	44(73%)	56	
Garçons		19 (59%)	31 (27%)		
Nombre de demi-journées d'accueil			3093	2911	3057
<u>PEC D'ADOS NON HOSPITALISES</u>	:				
En nombre de jeunes		17	36	47	42
En nombre de demi-journées				2425 (83,3%)	2708 (88,5%)
Principaux troubles		Adaptation et conduite dans les milieux usuels de vie Psychotiques Etats dépressifs avec risque suicidaire Phobie scolaire et sociale Troubles oro-alimentaires	Troubles du comportement et de l'adaptation Troubles dépressifs Troubles anxieux Refus scolaire, difficultés de séparation Troubles psychotiques	Troubles du comportement et de l'adaptation Refus scolaire, difficultés de séparation Troubles dépressifs Troubles psychotiques	Troubles du comportement et de l'adaptation Refus scolaire, difficultés de séparation Symptômes psychotiques Symptomatologie anxieuse
<u>PEC D'ADOS HOSPITALISES</u>					
En nombre de jeunes		15	39	32	23
En nombre de demi-journées				486 (16,6%)	349 (11,5%)
Principaux troubles		Adaptation et conduite dans les milieux usuels de vie Psychotiques Etats dépressifs avec risque suicidaire Phobie scolaire et sociale Troubles oro-alimentaires	Troubles du comportement et de l'adaptation Troubles dépressifs Troubles anxieux Troubles dépressifs Troubles réactionnels	Troubles du comportement et de l'adaptation Troubles psychotiques Troubles anxieux Troubles réactionnels Troubles dépressifs	Troubles psychotiques Troubles du comportement et de l'adaptation Troubles anxio-dépressifs Troubles réactionnels

Synthèse des résultats et recommandations

Principaux résultats

L'Espace de Soins et de Médiation (ESM) est une unité de prise en charge de jour, éducative, pédagogique et thérapeutique, à temps partiel pour des adolescents de 12 à 18 ans présentant des troubles psychiques particulièrement importants.

Ce travail intensif repose sur le principe de la **médiation** : médiation par un objet, une situation ou une activité qu'elle soit extérieure ou dans la maison des adolescents, individuelle ou en groupe, animée par des membres de l'équipe ou un intervenant extérieur.

Selon les années, différentes activités sont mises en place : forum, piscine, sport, chant, musique, art thérapie, vidéo, soins esthétiques, préparation de repas, cirque, théâtre avec l'appui d'intervenants extérieurs pour certaines activités.

Les jeunes qui y sont pris en charge ont la caractéristique d'être des « **adolescents difficiles** ». La prise en charge est donc de 2 adolescents pour 1 adulte et en fonction des cas une prise en charge de 1 pour 1. La capacité d'accueil à la demi-journée varie de 8 à 10 jeunes sur 9 demi-journées par semaine.

L'équipe de l'espace de soins et de médiation est constituée de 2 ETP d'infirmiers, 2 ETP d'éducateurs spécialisés, de 0,9 ETP d'AMP (aide médico-psychologique), d'1 ETP d'interne en psychiatrie sous la responsabilité de 0,5 ETP de psychiatre soit une équipe de plus de 6 ETP.

A cette équipe, s'ajoutent des intervenants ponctuels tels le psychologue, l'assistant de service social ou encore l'art thérapeute pour l'animation d'ateliers ou de séances collectives.

L'équipe de cet espace prend en charge des adolescents à partir de demandes émanant soit de services partenaires (services de soins, services éducatifs...) soit de l'entourage du jeune.

Cette équipe est également mobile et intervient dans les services du CHS à la demande du médecin référent.

L'activité conjugue donc la prise en charge d'un groupe de jeunes qui n'ont pas été hospitalisés et d'un groupe de jeunes hospitalisés.

Les prises en charge à partir d'une hospitalisation ont diminué en 2010 dans la mesure où le nombre de mineurs hospitalisés au CHS a lui-même diminué.

La grande majorité de ces jeunes fait l'objet d'un suivi par ailleurs ou de plusieurs prises en charge associées (service de soins, service éducatif, direction de l'enfance et de la famille). Cela confirme que l'ESM prend en charge essentiellement des jeunes en très grande difficulté avec des troubles majeurs du comportement et sans solution le jour, qui mettent à mal les dispositifs traditionnels.

Au fil des années, les troubles psychotiques sont en nette augmentation parmi les jeunes pris en charge à l'ESM.

Pour le financement de ces activités parfois très coûteuses, la maison des adolescents recherche des financements complémentaires au travers d'appels à projets. La fondation des hôpitaux de Paris avec l'opération « pièces jaunes » a, à titre d'exemple, financé une grande partie de l'équipement du studio d'enregistrement ou encore de la salle destinée aux soins esthétiques.

Le dossier retenu en CROSMS en 2007 présentait un accueil à temps partiel de jour en complémentarité avec le projet Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents (UCHA) et en complément également de l'hébergement thérapeutique.

A la lecture des rapports d'activité, les complémentarités entre ces activités n'ont pas fait l'objet d'une formalisation.

RECOMMANDATIONS

- 11.** Conformément aux objectifs tels qu'ils ont été retenus en CROSMS EN 2007, définir et formaliser la complémentarité et le partenariat entre l'ESM et l'UCHA
- 12.** L'ESM constituant un accueil de jour et l'hébergement thérapeutique un accueil de nuit, distinguer les objectifs qui relèvent de l'ESM et ceux qui relèveront de l'hébergement thérapeutique
- 13.** Valoriser l'activité de l'ESM et ses interactions avec les autres dispositifs, qu'ils soient sanitaires, médico-sociaux ou ambulatoires

III.1.4 Conventions

Objectifs

Objectifs du dossier retenu en CROSMS en 2007	Critères	Cible / Autorisation	Indicateurs	Sources de données
Conventions restant à finaliser dans différents champs : - santé (psychiatrie et pédopsychiatrie...) - éducation nationale - action médico-sociale - action sociale (CAF, conseil général) - insertion professionnelle et sociale	- Développement et modalités du partenariat - Niveau de satisfaction des partenaires de la MDA		- Nombre de conventions de partenariat signées - Modalités du partenariat (technique, financier...) - % des partenaires satisfaits des modalités de coopération : apports de la MDA dans leurs pratiques professionnelles avec les adolescents - Nombre de sollicitations de la MDA pour animer des journées spécifiques sur les adolescents	Dossier promoteur, rapports d'activité et consultation des conventions

A) Les conventions de financement

Nous avons repris ci-après les principales conventions de financement signées depuis la création de la maison des adolescents.

L'ensemble de ces financements apparaîtra dans le compte de résultat et dans l'analyse financière (cf. p 28).

RESULTATS	2005
Partenaire signataire de la convention	DDASS du Calvados
Finalité de la convention	Création de la maison des adolescents
Modalités du partenariat	Financement
	La DDASS du Calvados accorde un premier financement à hauteur de 350 000€ versé l'ACSEA pour les dépenses d'installation et de fonctionnement.

RESULTATS	2006
Partenaire signataire de la convention	Conseil Régional de Basse-Normandie
Finalité de la convention	Création de la maison des adolescents
Modalités du partenariat	Financement
	Le conseil régional accorde une subvention de 415 611,50€ à l'ACSEA pour la création de la maison des adolescents.

RESULTATS	2006
Partenaire signataire de la convention	Ville de Caen
Finalité de la convention	Mise à disposition de local
Modalités du partenariat	Une convention entre la ville de Caen et PASSADO 14 permet la mise à disposition d'une partie d'un local appartenant à la ville situé au 9 place de la mare à Caen et ce, pour une durée de 15 ans. En contrepartie, le coût des aménagements nécessaires est supporté par l'ACSEA (800 000€ environ amortis sur 15 ans). Cette convention a été complétée par une concession d'occupation temporaire d'un immeuble communal précisant les dispositions techniques le 15 mai 2006.

RESULTATS	2006 / 2007
Partenaire signataire de la convention	CAF du Calvados
Finalité de la convention	Financement
Modalités du partenariat	Deux conventions avec la CAF en 2006 et 2007 attribuent à deux reprises la somme de 50 000€ à la maison des adolescents pour l'équipement et l'aménagement des locaux

RESULTATS	2007
Partenaire signataire de la convention	CAF du Calvados
Finalité de la convention	Financement
Modalités du partenariat	Subvention de fonctionnement avec pour objet la mise à disposition des espaces

RESULTATS	2007
Partenaire signataire de la convention	Conseil Général du Calvados
Finalité de la convention	Convention de financement liant le Conseil Général du Calvados et l'ACSEA autour de la maison des adolescents
Modalités du partenariat	<p>Diagnosics, information, orientation, prévention et soutien psycho-socio-éducatif en direction des adolescents et de leurs familles ainsi qu'en matière d'accompagnement et de soutien technique des professionnels en charge d'adolescents.</p> <p>Le conseil général accorde le financement de 2,5 postes d'agents socio-éducatifs.</p> <p>Le conseil général du Calvados participe également au financement de 3 postes transversaux : directeur-adjoint, secrétaire et coordinateur réseau à hauteur de 50% ainsi qu'une quote-part consacrée aux frais de fonctionnement. Cette participation s'élevant à 200 000 € la première année (85% en frais de personnel et 15% en frais d'exploitation).</p>

RESULTATS	2007
Partenaire signataire de la convention	URCAM
Finalité de la convention	Mise en place d'une équipe de coordination du réseau de professionnels Construction d'actions de formation
Modalités du partenariat	Financement FIQCS pour un montant total de 53000€ annuel soit un montant total de 159 000€ sur 3 ans (2007/2010).

RESULTATS	2007
Partenaire signataire de la convention	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
Finalité de la convention	Création d'un poste d'agent de prévention santé Développement d'une PAEJ
Modalités du partenariat	Prendre en compte les spécificités des quartiers prioritaires Adapter le dispositif MDA et favoriser l'accès à cette population Elaborer des actions de prévention adaptées
Financement	Le montant de la subvention accordée par l'Etat en contre partie s'élève à 126 630€ sur 3 ans soit 42210€/an.

RESULTATS	2005/2006/2007/2008
Partenaire signataire de la convention	Fondation Hôpitaux de Paris « Pièces jaunes »(FHP)
Finalité de la convention	Conventions de financement
Modalités du partenariat	<p>Une subvention à hauteur de 64 743,97€ à l'occasion de la création de la maison des adolescents 2005 versée au CHS de Caen (3 juin 2005)</p> <p>En 2006, la FHP a versé un financement à hauteur de 21400€ au CHS (22 juin 2006) dans le cadre de la création de la maison des adolescents</p> <p>En 2007, la FHP a attribué un financement de 8520,25€ pour participer à l'aménagement de la maison des adolescents</p> <p>En 2008, la FHP a accordé une subvention de 12 256,28€ au CHS de Caen dans le cadre du projet maison des adolescents pour l'acquisition de matériel spécifique pour les ateliers (16 juin 2008)</p>

B) Les conventions de partenariat techniques

Par ailleurs, la maison des adolescents a signé un nombre conséquent de conventions formalisant les partenariats techniques ou les modalités de travail avec d'autres structures autour de l'adolescent (ci-après la liste de ces conventions).

Partenaires	Objet des conventions	Date
ESI 14 - Maison des Addictions du Pays d'Auge	Convention de collaboration avec la Maison des Addictions du Pays d'Auge ayant pour objectif l'ouverture d'une permanence d'accueil et d'écoute pour adolescents à Lisieux.	juin-06
Conseil Général du Calvados	La convention entre le conseil général et l'association PASSADO 14 acte les modalités de travail en commun. Cette convention précise les modalités d'orientation des jeunes d'une structure vers l'autre. Elle détaille les modalités concrètes de travail entre professionnels travaillant au sein de structures dépendant du conseil général et les professionnels œuvrant au sein de chaque « espace » de la maison des adolescents : espace accueil, consultations	Juil. 2007
Université de Caen - UFR de Géographie	Accueil de stagiaire dans le cadre d'un travail de diagnostic (Bayeux et Lisieux)	2007-2008
ACJM (Association d'Aide aux victimes, de Contrôle Judiciaire socio-éducatif, d'enquête de personnalité et de Médiation Pénale)	Passado : accueil, évaluation, soutien et prise en charge soignante de jeunes. ACJM : accompagnement et aide aux victimes.	2008
Barreau de Caen (groupe des avocats d'enfants)	Prévoit des consultations à destination des mineurs et éventuellement jeunes majeurs reçus à la Maison des Adolescents.	2008
Université de Caen - UFR de Géographie	Accueil de stagiaire. Mission : participer à une enquête interne sur l'accueil de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.	2008-209
Fil Santé Jeunes (EPE d'Ile de France)	Prévoit une coopération rapprochée sur des problématiques adolescentes (technologies de l'information et de la communication - TIC, troubles du comportement alimentaire, etc.). Prévoit également un échange d'informations et d'éléments statistiques entre structures.	juil-09
Université de Caen - UFR de Géographie	Dans le cadre d'un tutorat puis d'un stage : recenser les structures départementales d'intervention (d'enseignement spécialisé, éducatives, sociales, de soin, etc.) et poser les bases d'un travail cartographique permettant une lecture géographique des données récoltées.	2009-2010
Ville de Lisieux : CCAS	La convention signée avec le CCAS prévoit la mise à disposition à titre gratuit de locaux à la Résidence Louise Michel (FJT).	nov.-09
Centre de la Navigation Caen-Normandie	Activité de restauration de bateau et de navigation proposée par le CNCN à des ados de Passado 14, avec encadrement de personnel de Passado.	2010
Fondation hospitalière de la Miséricorde	Convention de travail partenarial et d'échanges de compétences. Mise en place d'un dispositif de régulation dans le domaine médico-psychologique à destination du personnel du CPMI.	2010
Ville d'Hérouville St-Clair	Mise à disposition du dispositif de la Maison des Adolescents dans sa globalité ainsi qu'une campagne d'information de grande ampleur en direction du public et des professionnels du territoire.	juil.-10

Partenaires	Objet des conventions	Date
Ville de Bayeux : CCAS	Mise à disposition d'un local à Argouges Soutien financier à la mise en place de la permanence.	juil.-10
Inspection Académique du Calvados	Concerne la prise en charge des collégiens et lycéens présentant des difficultés d'adaptation à la scolarité. L'apport de l'Inspection Académique est la mise à disposition d'un enseignant spécialisé.	oct.-10
Université de Caen - UFR de Géographie	Poursuite du travail de cartographie	2010-2011
IRTS	Mobilisation de Passado dans des séquences de formation et journées d'étude. Mise à disposition de l'amphithéâtre de l'IRTS pour conférences.	mars-11
Réseau de Santé du Bessin	Participation conjointe à des actions interprofessionnelles soit sur une logique de territoire (le Bessin) soit sur des problématiques adolescentes (conduites à risque, consommation de produits, mal-être, etc.). Mise à disposition de salle, collaboration dans l'élaboration de fichiers, etc.	juil.-11
Ville de Caen	Mise à disposition d'un local au Pôle de Santé de la Grâce de Dieu.	juil.-11
ACSEA	Convention de formation : "Adolescence et conduite addictive"	juil.-11
Ville de Vire	Mise à disposition d'un local pour la permanence	à l'étude
Tripartite CH Flers - CPO Alençon	Mise en place d'un Point d'Accueil Jeunes pour l'Antenne du Bocage de la Maison des Adolescents	à l'étude
ORS-BN	Collaboration à mettre en œuvre sur l'Atlas Adolescence du Calvados	en projet

Synthèse des résultats et recommandations

Principaux résultats

Lors de l'autorisation médico-sociale délivrée en 2007, le rapporteur avait indiqué que certaines conventions étaient mises en place mais d'autres restaient à finaliser :

- Champ de la santé (secteur de psychiatrie et pédopsychiatrie...)
- Champ de l'éducation nationale
- Champ de l'action médico-sociale
- Champ de l'action sociale (CAF, conseil général)
- Champ de l'insertion professionnelle et sociale

L'évaluation est également l'occasion de faire un bilan de l'ensemble des partenariats formalisés.

Un nombre important de conventions a pu être signé qu'elles soient financières ou techniques de 2006 à 2010. D'autres sont toujours à l'étude.

Elles couvrent en grande partie les champs d'action prioritaires identifiés en 2007 par le rapporteur du dossier en CROSMS. Le champ de l'insertion professionnelle et sociale est probablement celui pour lequel le moins de conventions a été signé.

Il est particulièrement à noter l'effort permanent de la maison des adolescents pour solliciter des financements multiples.

La réponse aux appels à projets de la fondation des hôpitaux de Paris dans le cadre de l'opération « pièces jaunes » en est une bonne illustration. Ces financements ont permis d'acquérir des équipements supplémentaires dans le cadre notamment de l'espace de soin et de médiation (studio d'enregistrement, salle des soins esthétiques...).

En revanche, certaines conventions envisagées n'ont pas, à ce jour, pu être signées pour diverses raisons. Il s'agit des conventions liant la maison des adolescents et l'Association des Amis de Jean Bosco concernant la mise à disposition de personnels mais également d'une convention envisagée avec la protection judiciaire de la jeunesse.

Dans tous les cas, nous invitons la maison des adolescents à officialiser l'ensemble des partenariats par des conventions.

Au regard de l'activité effective de la maison des adolescents et de ses nombreuses interactions avec des partenaires, nous avons pu identifier un certain nombre de structures avec lesquelles une convention pourrait potentiellement être envisagée :

1- structures intervenant dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle (tel que déjà demandé en 2007),

Les professionnels intervenant dans les structures à vocation d'insertion sociale et/ou professionnelle telles les missions locales et PAIO (Permanences d'Accueil d'Information et d'Orientation) mais également les centres de formation ou les centres d'hébergement (Ex : Foyers de Jeunes Travailleurs) sont très souvent confrontés à des jeunes en mal être.

Dans l'optique d'améliorer le parcours de ces jeunes, nous incitons la maison des adolescents à favoriser les complémentarités entre ces différentes structures et la MDA 14 en définissant avec les professionnels concernés les modalités d'orientation d'une structure à l'autre.

2- CHRU et notamment avec l'UCHA (Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents)

3- les CMP

pour définir également les modalités d'orientation d'une structure à l'autre.

RECOMMANDATIONS

14. Signer la convention de partenariat en projet depuis plusieurs années avec l'Association des Amis de Jean Bosco (AAJB)

15. Formaliser tous les partenariats sous forme de convention, notamment les modalités de partenariat avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

16. Envisager des conventions de partenariat avec le CHRU et l'UCHA (d'unité d'hospitalisation d'adolescents en crise), les structures intervenant dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle, les CMP... et plus globalement chaque fois que nécessaire

17. Dans le cadre de l'ouverture de l'hébergement thérapeutique, actualiser ou renouveler certaines conventions notamment pour :

- formaliser les modalités d'orientation et les parcours d'adolescents entre les partenaires
- définir les modalités d'orientation vers l'hébergement thérapeutique

III.1.5 Hébergement thérapeutique

Objectifs

Objectifs du dossier retenu en CROSMS en 2007	Critères	Cible / Autorisation	Indicateurs	Sources de données
Hébergement thérapeutique Mise à distance transitoire de leur milieu usuel	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture effective de l'hébergement thérapeutique - Niveau de satisfaction des jeunes et des parents - Organisation de séjours programmés avec les demandeurs des jeunes en souffrance psychique et des jeunes présentant des troubles su comportement et de l'inadaptation Organisation d'accueils transitoires en aval d'une hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> De 16h30 à 10h, 365j/an 10 lits File active prévisionnelle : 24 adolescents de 12 à 18 ans Protocoles d'admission 	<ul style="list-style-type: none"> - Jours et horaires de l'hébergement - Nombre de lits - Nombre de personnes accueillies/nombre prévisionnel - % de jeunes et de parents satisfaits de l'hébergement thérapeutique - Nombre de protocoles mis en place - Modalités du contrat passé entre la MDA et le demandeur 	Dossier promoteur, rapports d'activité

Principaux résultats et recommandations

Le projet complémentaire à la maison des adolescents « de jour » concernant l'hébergement thérapeutique faisait partie intégrante du projet global tel qu'autorisé en 2007.

Pour diverses raisons, ce projet a pris beaucoup de retard mais les travaux ont effectivement commencé et la première pierre a été posée en 2011. Son ouverture est prévue courant 2012.

L'évaluation n'a donc pas pu porter sur cet item.

Par ailleurs, la question de la recherche des financements pour assurer son fonctionnement dépasse le cadre de cette évaluation.

Toutefois et compte tenu de l'évolution du projet maison des adolescents depuis son origine, nous avons tout de même formulé les recommandations de base pour cet objectif dans la perspective d'une nouvelle contractualisation.

RECOMMANDATIONS

18. Formaliser les partenariats dès l'ouverture de l'hébergement thérapeutique
19. Etablir des protocoles, notamment pour définir les modalités d'orientation d'adolescents

III.2 BILAN FINANCIER

Le deuxième grand objectif que poursuit cette évaluation de la maison des adolescents du Calvados est de réaliser un bilan relatif à l'utilisation des fonds versés par l'ARS (sanitaires, médico-sociaux et de prévention) et de les analyser au regard de l'ensemble des financements versés.

L'une des spécificités de la maison des adolescents tient à la complexité de son montage juridique et à la multiplicité des partenaires impliqués, donc des sources de financement.

Certains financements sanitaires sont directement versés au CHS de Caen, d'autres financements « médico-sociaux » transitent par l'ACSEA et enfin, divers financements sont directement versés à l'association PASSADO 14.

Pour y voir plus clair et assurer une traçabilité de l'ensemble de ces financements, nous avons reconstitué un compte de résultat global de l'activité de la maison des adolescents.

CHARGES	2008	2009	2010	PRODUITS	2008	2009	2010
Charges d'exploitation				Produits d'exploitation			
Achats de marchandises				Produits d'activités annexes	8 214,00 €	4 710,00 €	14 438,00 €
Achats de matières premières				Produits exceptionnels	150,00 €		
Achats autres approvisionnements				<i>Produits de tarification</i>			
Autres achats et charges externes				Etat	327 409,00 €	303 598,00 €	328 229,00 €
Comptes 60 Achats fournitures et approvisionnements	58 164,00 €	36 317,00 €	43 971,00 €	CG	204 650,00 €	207 817,00 €	211 703,00 €
Comptes 61/62 Services extérieurs	373 409,00 €	346 851,00 €	325 467,00 €	<i>Subvention d'exploitation</i>			
Impôts, taxes et versements assimilés	2 209,00 €	2 315,00 €	2 843,00 €	CHS	765 526,00€	811 336,00 €	833 076,00 €
Salaires, Impôts, taxes et versements assimilés	1 078 639,00€	1 188 473,00 €	1 254 647,00 €	FIQCS	64 500,00 €	48 259,00 €	46 241,00 €
Dotations aux amortissements et aux provisions :				DIF		30 380,00 €	
Dotations aux amortissements	103 050,00 €	110 703,00 €	106 834,00 €	DSP	35 400,00 €	66 700,00 €	27 500,00 €
Dotations aux provisions pour risques et charges				DDCS	42 210,00 €	42 210,00 €	77 210,00 €
Autres charges de gestion courante				C communes	97 180,00 €	93 000,00 €	97 590,00 €
Autres	83 472,00 €	49 541,00 €	95 608,00 €	CAF	17 000,00 €	17 500,00 €	17 850,00 €
Engagements à réaliser	179 898,00 €	196 709,00 €	129 291,00 €	Autres	44 023,00 €	74 130,00 €	12 743,00 €
				Reprises sur provisions	2 070,00 €	26 029,00 €	69 833,00 €
				<i>Transferts de charges</i>			
				Autres produits	50 640,00 €	10 606,00 €	47 952,00 €
				Congrès	60 243,00 €		
				AAJB	75 412,00 €	82 285,00 €	84 681,00 €
				Education nationale	46 756,00 €	46 756,00 €	46 756,00 €
TOTAL 1	1 878 841,00€	1 930 909,00 €	1 958 661,00€	TOTAL 1	1 841 383,00€	1 865 316,00 €	1 915 802,00 €
Charges financières :				Produits financiers :	6 754,00 €	5 620,00 €	936,00 €
Dotations aux amortissements et aux provisions	0,00 €	€ -	- €	D'autres valeurs mobilières et créances de l'actif immobilisé			
Intérêts et charges assimilées				Autres intérêts et produits assimilés			
TOTAL 2	0,00 €	0,00 €	0,00 €	TOTAL 2	6 754,00 €	5 620,00 €	936,00 €
Charges exceptionnelles :				Produits exceptionnels :	458,00 €		6 039,00 €
Charges exceptionnelles sur opérations de gestion	1 284,00 €	1 359,00 €	1 377,00 €	reprise subventions amortis.	59 463	59 463,00 €	59 463,00 €
				Produits de cession d'actif		2 220,00 €	
TOTAL 3	1 284,00 €	1 359,00 €	1 377,00 €	TOTAL 3	59 921,00 €	61 683,00 €	65 502,00 €
TOTAL des charges (1+2+3)	1 880 125,00€	1 932 268,00 €	1 960 038,00€	TOTAL des produits (1+2+3)	1 908 058,00 €	1 932 619,00 €	1 982 240,00 €
Solde créditeur = excédent	27 933,00 €	351,00 €	22 202,00 €	Solde débiteur = Déficit			
TOTAL GENERAL	1 908 058,00€	1 932 619,00 €	1 982 240,00€	TOTAL GENERAL	1 908 058,00 €	1 932 619,00 €	1 982 240,00 €

Valorisation à 46 756 € de l'ETP éducation nationale (salaire moyen net de 2500 € "rapport OCDE 2011 : regard sur l'éducation" ; 38 964 € de salaire brut ; 20 % de charges patronales 7793€)

III.2.1 Analyse - Eléments d'introduction

Cette analyse a été réalisée à l'aide de trois documents principaux élaborés par les services de l'ARS et renseignés par les acteurs financiers et comptables de la MDA. Ces documents, de taille trop importante pour figurer ici, sont disponibles sous format Excel :

➤ Un tableau de correspondance entre toutes les sources de financement déclarées et les opérateurs principaux de la MDA qui perçoivent ces financements, sur les années 2008, 2009 et 2010 (intitulé « correspondance entre les sources de financement et les opérateurs de la MDA » : document 1)

➤ Un tableau de valorisation en euros du personnel de la MDA, ventilé par missions, pour les années 2008, 2009 et 2010. (intitulé « montant de la valorisation en euros bruts, par opérateur et par mission, des personnels de la MDA » : document 2)

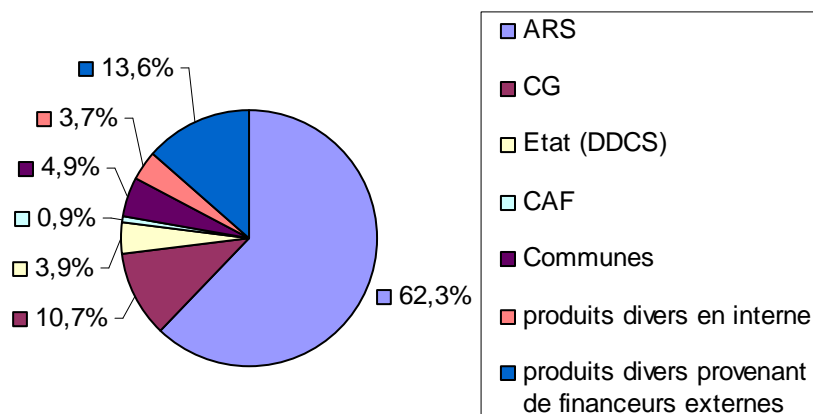
➤ Un tableau récapitulatif des dépenses de la MDA par types de compte, précisant l'opérateur effectuant la dépense et la clé de répartition entre les opérateurs, et précisant la ventilation des dépenses par mission de la MDA, le tout sur les années 2008, 2009 et 2010 (intitulé « charges de la MDA réparties sur le modèle M22 et ventilées par missions » : document 3)

III.2.2 Analyse des sources de financement, de leur nature, leur origine, leur importance respective

A) Analyse des sources de financement par institution

Part des principaux financeurs de la MDA dans le montant total des financements, en 2010		
Organisme	montant du financement en euros	part du financement de l'organisme dans le total des recettes de la MDA
ARS	1 235 046	62,3%
CG	211 703	10,7%
Etat (DDCS)	77 210	3,9%
CAF	17 850	0,9%
Communes	97 590	4,9%
produits divers en interne	73 727	3,7%
produits divers provenant de financeurs externes	269 114	13,6%
total	1 982 240	100,0%

part des principaux organismes financeurs de la MDA dans le montant total des financements, en 2010



➤ Ces données sont tirées du document 1 renseigné par les opérateurs de la MDA. Ce document omettait de valoriser et de mentionner la contribution en nature d'un ETP de l'inspection académique, qui a été valorisée à une hauteur de 46 756 euros brut/an (coût moyen d'un ETP éducation nationale), et qui a été prise en compte dans les analyses ici présentées.

➤ Les données 2008 et 2009 ne sont pas présentées. En effet, les participations de chaque grand type de financeur sont du même ordre de grandeur pour les 3 années. Les quelques évolutions à noter seront cependant mises en avant par la suite.

➤ Le montant total des recettes, tous financeurs et tous types de financement confondus, avoisine les 2 millions d'euros en 2010 (1 908 058 euros en 2008).

➤ L'ARS finance la MDA à hauteur des deux tiers de son budget de fonctionnement loin devant le Conseil Général, second financeur.

➤ Le reste des financements est très éclaté : contribution de différentes communes, participation CAF, participation DDCS, produits de prestations réalisées par la MDA, revenus financiers, reprises, ... Des éléments de détail de ces financeurs sont présentés par la suite.

B) Examen pluriannuel des sources de financement

montant et part des sources de financement de la MDA existantes sur les trois années

Organisme	source de financement	Montant 2008	Part dans le montant total recettes MDA 2008	Montant 2009	Part dans le montant total recettes MDA 2009	Taux d'évol. 2009/ 2008	Montant 2010	Part dans le montant total recettes MDA 2010	Taux d'évol. 2010/ 2009
ARS	DOSA enveloppe CHS fonctionnement	197 000	10,3%	197 000	10,2%	0,0%	197 000	9,9%	0,0%
	DOSA enveloppe CHS salaires	568 526	29,8%	614 336	31,8%	8,1%	636 076	32,1%	3,5%
	DOSA enveloppe FIOCS	64 500	3,4%	48 259	2,5%	-25,2%	46 241	2,3%	-4,2%
	DT14 via PRIAC salaires fonctionnement	178 845	9,4%	183 148	9,5%	2,4%	219 454	11,1%	19,8%
	DT 14 via PRIAC hébergement	148 564	7,8%	120 450	6,2%	-18,9%	108 775	5,5%	-9,7%
	DSP : action sexualité	14 400	0,8%	16 600	0,9%	15,3%	8 000	0,4%	-51,8%
	DSP via MILDT / CDO	10 000	0,5%	5 000	0,3%	-50,0%	5 000	0,3%	0,0%
CG	Conseil Général	204 650	10,7%	207 817	10,8%	1,5%	211 703	10,7%	1,9%
DDCS	DDCS via PAEJ	42 210	2,2%	42 210	2,2%	0,0%	42 210	2,1%	0,0%
	DDCS CUCS/ACSE	37332	2,0%	35000	1,8%	-6,2%	35000	1,8%	0,0%
COMMUNES	Ville de Caen	80 000	4,2%	80 000	4,1%	0,0%	80 000	4,0%	0,0%
	Ville de Caen	10 667	0,6%	13 000	0,7%	21,9%	13 000	0,7%	0,0%
CAF	Caisse d'allocations familiales	17 000	0,9%	17 500	0,9%	2,9%	17 850	0,9%	2,0%
DIVERS	AAJB	75 412	4,0%	82 285	4,3%	9,1%	84 861	4,3%	3,1%
	Inspection académique	46 756	2,5%	46 756	2,4%	0,0%	46 756	2,4%	0,0%
	Prestations actions réalisées	8 214	0,4%	4 710	0,2%	-42,7%	13 054	0,7%	177,2%
	Aides. Remboursements. sur salaires	8 500	0,4%	9 383	0,5%	10,4%	2 149	0,1%	-77,1%
	Reprise des ressources non utilisées - actions reconduites	2 070	0,1%	20 991	1,1%	914,1%	65 470	3,3%	211,9%
	Reprise subventions amortis. (conseil régional subvention travaux)	24 463	1,3%	24 463	1,3%	0,0%	24 463	1,2%	0,0%
	Reprise subventions amortis. (DDASS subvention travaux)	35 000	1,8%	35 000	1,8%	0,0%	35 000	1,8%	0,0%
	Total financements existants sur les trois années	1 774 109	93,0%	1 803 908	93,3%	1,7%	1 892 062	95,5%	4,9%
	Total recettes MDA	1 908 058	100,0%	1 932 619	100,0%	1,3%	1 982 240	100,0%	2,6%

Ne figurent dans le tableau ci-dessus que les sources de financement que l'on retrouve les 3 années 2008, 2009 et 2010, pas celles que l'on ne retrouve que ponctuellement.

➤ Le critère de la reconduction du financement a été le seul retenu pour trier entre toutes les sources de financement. En effet, il est impossible de conclure que cette régularité soit synonyme de pérennité pour quelque financeur que ce soit, en raison notamment du caractère expérimental de la MDA, de la diversité des financeurs et du contexte de régulation budgétaire actuel.

➤ Les financements existants de manière continue sur les trois années étudiées constituent plus de 90% des sources de financement de la MDA. Ces sources sont certes très diverses et éclatées, cependant on observe une constance sur la très grande majorité des recettes de la MDA.

➤ Ces financements réguliers sont en légère augmentation sur les trois années. Ils ont augmenté de près de 2% entre 2008 et 2009, et de près de 5% entre 2009 et 2010.

➤ Malgré l'éclatement des financements, la MDA semble parvenir à consolider et augmenter la part des financeurs réguliers dans le total de ses recettes. Si les financements sont très divers, néanmoins l'évolution ne se caractérise pas par une diversification des financeurs, dans la mesure où la part des financeurs principaux tend à augmenter dans le total des recettes.

➤ Les financeurs les plus importants sont peu nombreux et portent financièrement la structure toujours un peu plus chaque année. L'existence de la MDA dépend en réalité en grande partie de l'implication des 4 acteurs que sont L'ARS (enveloppe sanitaire et enveloppe médico-sociale) et le conseil général côté financeurs, l'ACSEA et le CHS côté opérateur (PASSADO est créé ad hoc, par et pour la MDA). Les premiers financent au moins les $\frac{3}{4}$ de la structure, les seconds assurent l'activité.

➤ Les montants des contributions de certains financeurs peuvent être très fluctuants d'une année sur l'autre. Certaines enveloppes fléchées ne sont pas présentes toutes les années étudiées (et ne figurent pas dans ce tableau), et celles qui le sont (sexualité, enveloppe MILDT) sont en diminution importante respectivement en 2010 et 2009 (enveloppe divisée par deux). L'enveloppe ARS/FIQCS diminue elle aussi régulièrement et de manière relativement importante.

➤ D'autres types de financements présentent cette caractéristique de montants fluctuants, quand bien même ils sont présents chaque année, comme les actions réalisées par la MDA et facturées, par exemple.

➤ Les reprises de subvention aux amortissements disparaîtront une fois la durée d'amortissement écoulée.

➤ Enfin, on peut remarquer que les reprises de ressources non utilisées augmentent considérablement d'année en année. Cette évolution en 2010 est due à un financement exceptionnel versé fin 2009 pour la mise en place de l'équipe mobile. Les fonds n'ont été utilisés qu'en 2010.

L'augmentation de cette ligne est également due au décalage temporel entre la réponse aux appels à projets santé publique, l'accord de financement et la réalisation de l'action. Le financement connu, les modalités de mise en œuvre de l'action peuvent débuter mais les actions débutent effectivement en fin d'année et se poursuivent l'année suivante; une partie de ces financements est ainsi décalée sur l'exercice suivant.

C) Analyse des contributions en nature

Montant et part des principales contributions en nature à la MDA						
source de financement	Montant 2008	Part dans le montant total recettes MDA 2008	Montant 2009	Part dans le montant total recettes MDA 2009	Montant 2010	Part dans le montant total recettes MDA 2010
CHS - enveloppe sanitaire via salaires mise à disposition personnel	568 526	29,8%	614 336	31,8%	636 076	32,1%
ACSEA	383 495	20,1%	390 965	20,2%	431 157	21,8%
Ville de Caen mise à disposition des locaux	80 000	4,2%	80 000	4,1%	80 000	4,0%
AAJB	75 412	4,0%	82 285	4,3%	84 861	4,3%
Inspection académique	46 756	2,5%	46 756	2,4%	46 756	2,4%
Total contributions en nature	1 154 189	60,5%	1 214 342	62,8%	1 278 850	64,5%
Total recettes MDA	1 908 058	100,0%	1 932 619	100,0%	1 982 240	100,0%

➤ L'expression « contribution en nature » est à entendre comme une contribution apportée par des acteurs extérieurs à l'association PASSADO pour le fonctionnement de la MDA. Les montants indiqués cumulent donc tous les financements, quels que soient leur forme (mise à disposition de personnel ou d'immobilier, contribution directe par l'acteur en euros) qui ne sont pas versés à PASSADO en numéraire.

➤ Il n'a pas toujours été simple de dissocier les « réelles » contributions en nature d'une structure sur son budget propre, des contributions en nature dues à des financements fléchés et reçus pour l'activité MDA. Dans ce tableau, elles ne sont pas distinguées.

➤ Toutefois, compte tenu du montage juridique et financier complexe de la MDA 14, nous avons souhaité au travers de ce tableau valoriser les principaux contributeurs en nature à l'activité MDA.

➤ Enfin, un certain nombre de contributions en nature de l'ACSEA, notamment, n'ont pas été intégrées dans ce tableau dans la mesure où elles concernent l'hébergement thérapeutique, activité pas encore ouverte au moment de l'évaluation et ne reflétant donc pas l'activité MDA réalisée sur les années observées.

➤ Les contributions en nature représentent plus de 60% des financements, avec une constance dans la proportion sur les 3 années. La structure MDA n'est donc pas portée, du point de vue de ses financements, par l'association PASSADO. Les acteurs sont en réalité le CHS et l'ACSEA contribuant en nature à plus de 50% des financements reconstitués du compte d'exploitation de la MDA.

➤ De nombreuses sources de financement, contribuent à l'existence de la maison des adolescents par l'intermédiaire d'une contribution versée à l'ACSEA qui opère ensuite elle-même les dépenses. Ces sources de financement sont notamment : l'enveloppe médico-sociale (PRIAC) et l'apport du conseil général.

➤ La contribution de l'inspection académique correspond à un ETP.

➤ L'enveloppe sanitaire « salaires mise à disposition personnel » correspondant à la rémunération de personnels médicaux et non médicaux mis à disposition par le CHS pour l'activité maison des adolescents.

D) Focus sur les sources de financement ARS

Part des sources de financement ARS dans le total des financements MDA par année

Part des sources de financement ARS dans le total des financements MDA par année										
	source de financement	2008			2009			2010		
		montant des financements en euros	Part des financements ARS dans le montant total des recettes de la MDA	Part des financements par direction/délégation	montant des financements, en euros	Part des financements ARS dans le montant total des recettes de la MDA	Part des financements par direction/délégation	montant des financements, en euros	Part des financements ARS dans le montant total des recettes de la MDA	Part des financements par direction/délégation
enveloppe sanitaire	enveloppe CHS fonctionnement	197 000	10,32%	43,50%	197 000	10,19%	44,48%	197 000	9,94%	44,36%
	enveloppe CHS salaires	568 526	29,80%		614 336	31,79%		636 076	32,09%	
	enveloppe FIQCS	64 500	3,38%		48 259	2,50%		46 241	2,33%	
enveloppe médico-sociale	PRIAC fonctionnement et salaires	178 845	9,37%	17,16%	183 148	9,48%	15,71%	219 454	11,07%	16,56%
	PRIAC fonds dédiés hébergement	148 564	7,79%		120 450	6,23%		108 775	5,49%	
Enveloppe santé publique	: équipe mobile	0	0,00%	1,86%	29 000	1,50%	3,45%	14 500	0,73%	1,39%
	: conso. & risques	11 000	0,58%		16 100	0,83%		0	0,00%	
	action sexualité	14 400	0,75%		16 600	0,86%		8 000	0,40%	
	MILDT / CDO	10 000	0,52%		5 000	0,26%		5 000	0,25%	
	total financements ARS	1 192 835	62,52%	62,52%	1 229 893	63,64%	63,64%	1 235 046	62,31%	62,31%
	total recettes MDA	1 908 058	100,00%	100,00%	1 932 619	100,00%	100,00%	1 982 240	100,00%	100,00%

➤ La participation de l'ARS au financement de la MDA est relativement stable sur les trois années. L'augmentation de 1 point de cette participation en 2009 s'explique essentiellement par la mise en place de l'équipe mobile, que l'ARS a soutenue par une contribution dont elle a divisé par 2 le montant l'année suivante. D'autres éléments conjoncturels relatifs à d'autres financeurs peuvent en outre être précisés : l'importance en 2008 des produits de prestation facturée par la MDA (organisation d'un congrès, à hauteur de 60 000 euros) et peuvent diminuer le poids relatif du financement ARS.

➤ La participation la plus importante est imputable à l'enveloppe sanitaire fléchée sur les salaires, à hauteur de 32% des recettes totales de la MDA. Cette participation ne constitue pas une recette en euros mais une contribution en nature par la mise à disposition de personnel.

➤ La participation de l'ARS via l'enveloppe sanitaire constitue presque la moitié des crédits réguliers alloués à la MDA. Les crédits de fonctionnement versés au CHS puis reversés à PASSADO sont stables (197 000 euros), la participation aux salaires sur l'enveloppe sanitaire augmente.

En revanche, le montant et la part du FICQS baissent sensiblement.

➤ L'enveloppe médico-sociale est globalement stable, mais cela masque deux évolutions divergentes. Les financements salaires et fonctionnement augmentent faiblement entre 2008 et 2009 (+2,4%), et de manière importante entre 2009 et 2010 (+ 36 306 euros soit + 20%). En revanche, le provisionnement pour la mise en place de l'hébergement thérapeutique diminue chaque année.

➤ Notons que les opérateurs de la MDA et la DT 14 de l'ARS ont souligné un point important : les crédits censés constituer en totalité une réserve en vue de l'ouverture de l'activité d'hébergement thérapeutique ont été partiellement utilisés pour rémunérer une personne à hauteur d'un ETP chaque année. LARS a accepté cette dérogation au fléchage des crédits, et a accepté de reprendre le déficit cumulé sur les fonds destinés à l'hébergement.

➤ Les financements sur l'enveloppe « Santé Publique » représentent une part peu importante de la contribution de l'ARS. On note une variabilité très importante des crédits alloués, tant du point de vue de leur nature et de leur fléchage (des crédits disparaissent : conso & risques ou apparaissent : équipe mobile) que du point de vue de leur montant (les crédits conso & risques augmentent de 50 % puis disparaissent, les crédits action sexualité sont divisés par deux entre 2009 et 2010, les crédits équipe mobile semblent alloués de manière ponctuelle). Les crédits alloués sur cette enveloppe ne peuvent être considérés comme pérennes.

III.2.3 Analyse relative à la masse financière utilisée pour le traitement des personnels

A) Analyse par contributeur

Montant et part des dépenses de personnel par contributeur						
	2008		2009		2010	
Entité contributrice	Montant participation 2008	Part dans total dépenses MDA	Montant participation 2009	Part dans total dépenses MDA	Montant participation 2010	Part dans total dépenses MDA
CHS	576 945	31,5%	614 336	32,6%	641 413	33,5%
ACSEA	380 551	20,8%	405 616	21,5%	421 291	22,0%
PASSADO	147 593	8,1%	154 510	8,2%	189 332	9,9%
AAJB	75 412	4,1%	82 285	4,4%	81 992	4,3%
Inspection Ac.	46 756	2,6%	46 756	2,5%	46 756	2,4%
Total contribution d'après tableau effectif	1 227 257	66,9%	1 303 503	69,1%	1 380 784	72,2%

Ces données proviennent du tableau des effectifs et de leur valorisation fournie par les interlocuteurs financiers et comptables de la MDA (document 2). Elles sont comparées, à l'avant dernière ligne, aux données fournies par ces mêmes personnes dans le tableau de dépenses par groupe (tableau 7)

Total contribution d'après tableau effectif	1 227 257	66,9%	1 303 503	69,1%	1 380 784	72,2%
Total dépenses personnel d'après tableau dépenses par groupes	1 204 159	65,7%	1 339 483	71,0%	1 388 614	72,6%
Total dépenses MDA	1 833 368		1 885 511		1 913 281	

➤ La part des salaires représente environ 70 % des charges totales de la MDA. Cette part est en augmentation régulière et sensible entre 2008 et 2010. Cette augmentation est cependant trop faible pour pouvoir être imputée à une augmentation du nombre de personnels dans l'effectif de la MDA.

➤ Le CHS est le plus gros contributeur en termes de personnels. La majorité de sa contribution prend la forme de rémunération de personnel, dont la totalité des personnels médicaux. En 2010, par exemple, 641 413 euros sur les 833 076 de sa contribution totale (en comparant avec les données fournies par le tableau des sources de financement) sont des dépenses de personnel, soit 77 %. Les proportions sont sensiblement les mêmes pour les années précédentes.

➤ L'ACSEA est le deuxième contributeur pour le paiement des salaires. En 2010, le montant utilisé pour la rémunération des personnels s'élevait à 421 291 euros soit 51,5% de sa contribution totale.

➤ Pour PASSADO 14, troisième contributeur, le montant est de 189 332 euros soit 40% de sa contribution.

➤ Les deux derniers contributeurs ne font pas l'objet de remarques particulières : leur contribution est la valorisation de la mise à disposition de 3 ETP.

➤ Les données fournies par le tableau de valorisation des effectifs ne correspondent pas exactement à celles fournies par le tableau des dépenses classées par groupe. On constate un écart de +23 098 euros en 2008, -35 980 euros en 2009 et -7 830 euros en 2010. Ces écarts témoignent au moins de la complexité de la structure financière de la MDA, rendant difficile une déclaration et des modalités de calcul précis permettant de corroborer les données. Après recherche, il apparaît difficile d'expliquer ces écarts. Ils sont cependant trop faibles pour envisager l'oubli d'une contribution en nature non valorisée ou une double ligne non identifiée.

➤ Les sources de financement PASSADO et ACSEA sont trop complexes pour les comparer avec le tableau ci-dessus, en revanche quelques points peuvent être soulignés concernant les contributions CHS et AAJB.

➤ Les sources de financement séparent bien, pour le CHS, les financements fléchés sur les salaires et ceux destinés au fonctionnement. Or, les dépenses de salaires ne correspondent pas exactement au montant de l'enveloppe salaires du CHS. Ce dernier dépense, en 2008, 8 419 euros de plus que son enveloppe pour les salaires, 5 337 en 2010. En revanche, il y a concordance en 2009. Ces écarts peuvent être dus à des erreurs à la marge, mais peuvent aussi correspondre au choix du CHS d'utiliser son enveloppe de la manière qu'il estime la plus pertinente. Concernant l'AAJB, l'écart en 2010 entre la contribution déclarée et valorisée dans les sources de financement et la contribution valorisée dans le tableau des effectifs ne peut être expliqué que par une erreur dans la déclaration, puisque l'AAJB n'effectue aucune autre contribution à la MDA, de quelque nature que ce soit. Cette erreur n'est pas constatée en 2008 et 2009.

B) Analyse par mission

a) *Part et évolution des dépenses de personnel par mission*

Part et évolution des dépenses de personnel par mission de la MDA								
	2008		2009			2010		
Mission	Montant cumulé des rémunérations	part dans le total des rémunérations toutes missions cumulées	Montant cumulé des rémunérations	part dans le total des rémunérations toutes missions cumulées	taux d'évolution	Montant cumulé des rémunérations	part dans le total des rémunérations toutes missions cumulées	taux d'évolution
administratif	163 666	13,9%	173 755	13,8%	6,2%	201 610	15,1%	16,0%
espace accueil	195 629	16,6%	212 741	16,9%	8,7%	257 957	19,3%	21,3%
espace consultation	389 202	33,0%	415 992	33,1%	6,9%	416 856	31,2%	0,2%
espace soins et médiation	285 487	24,2%	317 645	25,3%	11,3%	317 011	23,8%	-0,2%
espace réseau ressource	146 518	12,4%	136 614	10,9%	-6,8%	140 593	10,5%	2,9%
total des rémunérations toutes missions cumulées	1 180 501	100,0%	1 256 747	100,0%	6,5%	1 334 028	100,0%	6,1%

➤ L'écart entre les montants indiqués à la dernière ligne de ce tableau et les montants indiqués dans le tableau 4 à la ligne « total contributions d'après tableau des effectifs » doit être expliqué. La valeur de ces écarts sur les trois années est exactement celle de l'ETP de l'inspection académique, que l'on ne retrouve pas dans le tableau 5 pour la raison suivante : contrairement aux données de ce tableau, l'ETP de l'inspection académique n'est pas valorisé au réel.

➤ L'espace consultation est le plus gros poste de dépenses de personnel (1/3 de toutes les dépenses de personnel), suivi par l'espace soins et médiation (1/4). Ceci peut s'expliquer par la hauteur de ces rémunérations due à la qualification de ce personnel, le corps médical notamment.

➤ Les dépenses globales de personnel augmentent régulièrement et sensiblement sur les trois années (+6,5% en 2009 et +6,1% en 2010).

➤ Ces dépenses augmentent de manière disparate. La part des rémunérations pour les tâches administratives, ainsi que celles liées à l'espace accueil augmentent de manière importante, surtout en 2010. Celles des espaces consultation et soins, après avoir fortement augmenté, stagnent voire diminuent en 2010. S'agissant des dépenses de l'espace réseau/ressource, elles augmentent légèrement en 2010 après avoir diminué en 2009.

Ces augmentations peuvent s'expliquer en partie par le fléchage de certaines dépenses. Le poste de maitresse de maison, par exemple était initialement réparti entre les différentes missions et ne figurait pas dans les dépenses de personnel, puis il est affecté, à partir de 2010, uniquement sur les tâches administratives.

Pour ce qui concerne l'espace accueil, l'année 2010 correspond à la création de l'équipe mobile.

➤ Abstraction faite de la fonction administrative, on peut constater que la seule fonction « métier » qui augmente en part relative est l'espace accueil (+2,7 points). Financièrement, ce constat traduit une évolution lente mais certaine de l'activité de la MDA, dont les moyens sont redéployés en priorité sur cette mission d'accueil.

b) Coût moyen des ETP par mission

coût moyen des ETP par mission									
	2008			2009			2010		
Mission	Montant cumulé des rémunérations	Nombre d'ETP	coût moyen par ETP, en euros brut	Montant cumulé des rémunérations	Nombre d'ETP	coût moyen par ETP, en euros brut	Montant cumulé des rémunérations	Nombre d'ETP	coût moyen par ETP, en euros brut
administratif	163 666	2,70	60 617	173 755	2,80	62 055	201 610	3,40	59 297
espace accueil	195 629	5,63	34 748	212 741	6,18	34 424	257 957	6,43	40 118
espace consultation	389 202	7,47	52 102	415 992	7,35	56 598	416 856	7,12	58 547
espace soins et médiation	285 487	6,80	41 983	317 645	7,50	42 353	317 011	7,70	41 170
espace réseau ressource	146 518	3,54	41 389	136 614	2,69	50 786	140 593	2,75	51 125
total toutes missions cumulées	1 180 501	26,14	45 161	1 256 747	26,52	47 389	1 334 028	27,40	48 687

- Le coût moyen par ETP augmente sensiblement chaque année, ce qui doit correspondre à la prise en compte de l'ancienneté et de l'avancement. Le nombre d'ETP augmente aussi de plus d'un ETP en deux ans.
- Le nombre d'ETP administratifs, de l'espace accueil et de l'espace de soin et médiation a augmenté, celui de l'espace consultation et de l'espace réseau ressource a diminué sur la période, ce qui explique en partie les évolutions de dépenses du tableau précédent.
- Les coûts moyens des ETP diffèrent significativement selon les missions. Le coût moyen des ETP administratifs et de l'espace consultation est supérieur de presque 50 % aux ETP de l'espace soins et l'espace accueil en 2010. Le coût moyen des ETP à l'espace consultation s'explique par la grande proportion de médecins qui compose cet espace. De même, le coût moyen des ETP administratif s'explique également par la présence des cadres et d'un médecin.
- L'évolution du coût des ETP par mission est elle aussi très disparate. Le coût moyen des ETP administratifs et de l'espace soins stagne, alors que celui des espaces consultation, accueil et surtout réseau ressource augmente assez fortement. Les données manquent pour dégager des facteurs explicatifs à ces évolutions.

III.2.4 Analyse des dépenses

A) A propos du traitement et du contenu des données

- Les éléments ci-dessous sont obtenus grâce au tableau fourni par les opérateurs de la MDA (document 3). Un outil a été conçu à partir de ce premier tableau, intitulé « tableau d'étude des dépenses MDA », de taille trop importante pour figurer dans ce document de synthèse.
- Dans le cadre de l'évaluation de la MDA, l'ensemble des dépenses a été ventilé, d'après le cadre budgétaire M22, entre les différents opérateurs (PASSADO, ACSEA et le CHS) et par mission (Administratif, accueil, consultation, soins et médiation, réseau et ressources). Les clés de répartition par mission s'appuient en fonction du type de dépenses sur la superficie, le nombre d'ETP ou au réel.
- En revanche, les éléments envoyés ne permettent pas d'identifier les modalités retenues de répartition des charges par opérateur. Le taux de ventilation des dépenses entre les opérateurs est différent selon les années.

B) Analyse globale des dépenses :

- Le montant des dépenses a évolué de 4,36 % entre 2008 et 2010 (1 880 124 € en 2008 et 1 960 037 € en 2010 en intégrant la valorisation de l'ETP mis à disposition par l'inspection académique). Elles ont été maîtrisées sur cette période mais ont évolué selon la nature des dépenses.
- Le personnel représente la part la plus importante des dépenses de la MDA (65% en 2008 ; 71,04% ; 72,58 % en 2010). Les dépenses de personnel ont augmenté dans leur ensemble de 184 455 € sur trois ans. En complétant par l'examen du montant des dépenses de personnel rapporté aux recettes, comme dans le tableau suivant :

Montant des dépenses de personnel rapporté aux montant des recettes								
	2008		2009			2010		
	montant en euros	montant des dépenses de personnel rapporté aux recettes	montant en euros	montant des dépenses de personnel rapporté aux recettes	taux d'évolution	montant en euros	montant des dépenses de personnel rapporté aux recettes	taux d'évolution
Total dépenses du groupe 2	1 204 159	63,1%	1 339 483	69,3%	11,2%	1 388 614	70,1%	3,7%
total recettes tous financeurs confondus	1 908 058		1 932 619		1,3%	1 982 240		2,6%

➤ On constate que les dépenses de personnel représentent une part de plus en plus importante des recettes de l'usage des recettes de la MDA (+7 points entre 2008 et 2010). Le montant des dépenses de personnel augmente plus vite chaque année que les recettes permettant de faire face à ces dépenses, surtout entre 2008 et 2009.

➤ L'évolution de la part des dépenses de personnel par rapport à la somme totale des dépenses traduit une pérennisation des postes mais aussi une baisse des dépenses de structure.

➤ Les charges afférentes à l'exploitation courante (groupe1) ont peu augmenté en 2010 (76 834 €) par rapport à 2008 (75 476 €), l'année 2009 (58 682 €) étant une année de régulation suite à l'ouverture de la structure.

➤ Néanmoins, la baisse des dépenses d'énergie (-51,59 %), d'eau (-20,16 %) et de fournitures entre 2008 et 2010 a été compensée par l'augmentation des dépenses de déplacements, missions, réceptions (244%), de frais de télécommunication (49%) et de sous-traitance des prestations à caractère médico-social (1 136%). Cette dernière augmentation correspond en 2008 à la montée en charge de l'espace de soins et médiation.

➤ Après une année 2008 de stabilisation des dépenses afférentes à l'exploitation courante, les économies réalisées en 2009 ont été redéployées vers un léger renforcement de la prise en charge médico-sociale et de la communication de la structure.

➤ Les dépenses de structure ont diminué de 12 % entre 2008 et 2009 et de 8 % entre 2009 et 2010. Cette diminution s'explique, essentiellement, par la diminution du provisionnement destiné à l'hébergement thérapeutique, s'expliquant par la baisse des crédits accordés par l'ARS dans le cadre de ce provisionnement (-26,78%). La dotation aux amortissements varie très peu entre 2008 et 2010, représentant 5,62 % de l'ensemble des dépenses sur l'année 2008, 5,80% sur 2009 et 5,58 % sur 2010. Cela correspond notamment aux immobilisations pour l'hébergement thérapeutique.

C) Analyse des dépenses selon les opérateurs

➤ L'absence d'élément d'explication dans les documents transmis par la MDA, concernant la ventilation des dépenses ainsi que les modifications des taux de répartition d'une année sur l'autre, ne permettent pas d'expliquer l'évolution des charges selon le type d'opérateur. Ce manque d'information nuit à l'analyse de l'évolution des dépenses.

répartition des dépenses par opérateur								
	2008		2009			2010		
	montant en euros	part dans le total des dépenses	montant en euros	part dans le total des dépenses	taux d'évolution	montant en euros	part dans le total des dépenses	taux d'évolution
PASSADO	297 206	16,2%	291 159	15,4%	-2,0%	279 373	14,6%	-4,0%
CHS	733 768	40,0%	788 142	41,8%	7,4%	815 839	42,6%	3,5%
ACSEA	802 394	43,8%	806 210	42,8%	0,5%	818 070	42,8%	1,5%
Total dépenses	1 833 368	100,0%	1 885 511	100,0%	2,8%	1 913 282	100,0%	1,5%

➤ Nous pouvons constater que les dépenses affectées sur l'association PASSADO sont en baisse en valeur absolue (297 206 € en 2008 et 279 373 € en 2010) mais aussi en valeur relative (16,2% des dépenses totales de la structure en 2008 et 14,6 % en 2010).

➤ A contrario, la contribution de l'ACSEA et du CHS augmente respectivement de 15 676 € et de 82 071 € sur trois ans. La part des dépenses positionnées sur le CHS augmente plus rapidement que celle de l'ACSEA. En 2010, 42,6 % des charges de la MDA sont « imputées » sur le CHS pour 42,8% sur l'ACSEA contre 40 % et 43,77% en 2008.

études des dépenses par groupe de charges et par mission

2008						
Dépenses	Administratif	Accueil	Consultation	Soin/Médiation	Réseau/Ressources	Total en euros
Groupe 1	6 363 €	10 871 €	14 849 €	35 437 €	7 957 €	75 476 €
Tx/missions	8%	14%	20%	47%	11%	100%
Groupe 2	166 946 €	199 550 €	397 002 €	291 208 €	149 454 €	1 204 159 €
Tx/missions	14%	17%	33%	24%	12%	100%
Groupe 3	46 869 €	42 467 €	78 302 €	187 216 €	50 315 €	405 169 €
Tx/missions	12%	10%	19%	46%	12%	100%
Total	220 177 €	252 887 €	490 152 €	513 860 €	207 726 €	1 684 803 €
Tx/missions	13%	15%	29%	30%	12%	100%

2009						
Dépenses	Administratif	Accueil	Consultation	Soin/Médiation	Réseau/Ressources	Total en euros
Groupe 1	4 422 €	8 727 €	9 160 €	31 977 €	4 397 €	58 682 €
Tx/missions	8%	15%	16%	54%	7%	100%
Groupe 2	185 194 €	226 746 €	443 378 €	338 557 €	145 607 €	1 339 483 €
Tx/missions	14%	17%	33%	25%	11%	100%
Groupe 3	42 885 €	38 974 €	71 778 €	168 258 €	45 001 €	366 896 €
Tx/missions	12%	11%	20%	46%	12%	100%
Total	232 502 €	274 447 €	524 315 €	538 792 €	195 005 €	1 765 061 €
Tx/missions	13%	16%	30%	31%	11%	100%

2010						
Dépenses	Administratif	Accueil	Consultation	Soin/Médiation	Réseau/Ressources	Total en euros
Groupe 1	6 853 €	11 794 €	12 020 €	40 199 €	5 968 €	76 834 €
Tx/missions	9%	15%	16%	52%	8%	100%
Groupe 2	209 860 €	268 513 €	433 913 €	329 983 €	146 345 €	1 388 614 €
Tx/missions	15%	19%	31%	24%	11%	100%
Groupe 3	43 918 €	41 566 €	71 659 €	140 501 €	41 415 €	339 059 €
Tx/missions	13%	12%	21%	41%	12%	100%
Total	260 630 €	321 872 €	517 593 €	510 682 €	193 729 €	1 804 506 €
Tx/missions	14%	18%	29%	28%	11%	100%

➤ Les dépenses d'engagements à réaliser n'ont pas été réparties entre les différentes missions puisqu'elles sont affectées en provisionnement dans le cadre du projet de création d'hébergement thérapeutique, à l'exception d'une partie du financement PRIAC ayant servi à la rémunération d'un ETP, comme mentionné précédemment (tableau 3).

➤ Le premier poste de dépenses sur 2008 et 2009 concerne la mission de soins et de médiation et la mission consultation en 2010. La surface des locaux dévolue à la mission soins et médiation pondère l'écart de dépenses de personnel avec la mission consultation, par les dépenses de gestion courantes et de structure (dotation aux amortissements.....).

➤ Toutefois, les plus fortes augmentations des dépenses, en valeurs absolue et relative, concernent les missions administratives et d'accueil. L'accroissement des dépenses de personnels est plus rapide sur ces deux missions de 2008 à 2010. La somme cumulée sur les deux missions, pour l'année 2010, représente 34 % des dépenses de personnels de la MDA contre 28% en 2008. Cette évolution s'explique, essentiellement, par la hausse des ressources de la structure mais également par le changement d'affectation du poste « maitresse de maison » ainsi que par la création de l'équipe mobile en 2010.

➤ L'espace accueil constituant véritablement le guichet unique pour les adolescents tel que prévu au cahier des charges national (cf. p10 du présent rapport) cette proportion n'apparaît pas alarmante.

➤ Les dépenses initiées sur la mission réseau et ressources sont en légère diminution entre 2008 et 2010 (- 13 998 €) ; ce qui coïncide avec de moindres recettes (appels à projet santé publique notamment).

III.3 Bilan au regard des objectifs du cahier des charges national

Le troisième grand objectif poursuivi par cette évaluation de la MDA 14 était de rechercher la compatibilité des activités actuelles de la MDA et de ses projets avec le cahier des charges défini nationalement pour les MDA.

L'ARS a souhaité travailler ce point en collaboration avec les professionnels de la maison des ados.

Ce travail a consisté à reprendre avec eux les objectifs du cahier des charges national et à identifier les activités mises en place à la MDA 14 pour y répondre (cf. tableau de synthèse ci-après).

Le docteur Genvresse, Pédiopsychiatre et directeur de la MDA 14 ainsi que Madame Desramé, directrice adjointe ont participé à ces travaux.

III.3.1 Les objectifs d'une maison des adolescents

Objectifs généraux des MDA	Objectifs opérationnels	Indicateurs	Actions menées à la MDA 14
1. Apporter une réponse de santé et plus largement prendre soin des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes, qui ne sont pas actuellement prises en charge dans le dispositif traditionnel	Organiser un accueil des adolescents sans RDV à Caen et dans les territoires de vie du département du Calvados Proposer des consultations adaptées aux besoins Organiser une prise en charge de jour pour les adolescents les plus en difficulté	Ouverture effective de l'accueil sans RDV Ouverture effective de consultations pluridisciplinaires Ouverture effective de l'Espace de soin et de médiation (Prise en charge de Jour éducative, pédagogique et soignante)	Espace accueil sans RDV à Caen mais aussi à la Grâce de Dieu, Bayeux, Lisieux, et prochainement à Vire avec procédures d'information et de communication auprès du public Mise en place d'une équipe mobile pouvant intervenir sur l'ensemble du département à la demande des partenaires Espace consultation Espace de Soin et de médiation Equipe mobile à destination des mineurs hospitalisés
2. Fournir aux adolescents des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie	Organiser un lieu d'information et de conseils Orienter vers les partenaires extérieurs les plus appropriés Accompagner l'adolescent dans son projet	Ouverture effective d'un lieu d'information et de conseil / nombre de passages Accueil par des professionnels (travailleurs sociaux) formés à l'évaluation et à l'orientation Actions d'accompagnement du projet de vie du jeune	Espace accueil sans RDV Professionnels accueillants disposant de bonnes connaissances de l'ensemble des partenaires dans le champ de l'adolescence et leurs missions propres – Expertise (formation et régulation régulière) Mise à disposition d'outils d'information Présence d'un(e) assistant(e) de service social à l'accueil sans rendez-vous, à l'Espace Consultation et à l'Espace de Soin et de médiation
3. Favoriser l'accueil en continu par des professionnels divers pour faciliter l'accès de ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels	Organiser un accueil pluridisciplinaire Mettre à disposition des outils d'information Formaliser les partenariats avec d'autres intervenants par convention Campagnes d'information et de communication à destination de l'environnement usuel des jeunes dans le département.	Ouverture effective et couverture hebdomadaire large de l'espace accueil Mise à disposition de l'équipe mobile sur le département Intégration de l'équipe de la MDA aux différents réseaux territoriaux (Politique de la ville, quartiers prioritaires, GIDESS, CLSPD, Cellule de veille et instances de concertation/difficultés adolescentes)	Offre d'une palette large de professionnels pouvant répondre à différentes problématiques : santé, social, enseignement, psychologique, démarches administratives, juridiques... Information juridique en lien avec les avocats du barreau de Caen Accompagnement et orientation concrète du jeune vers une autre structure le cas échéant Développement de conventions de partenariat avec les acteurs intervenant autour de l'adolescent permettant de formaliser les modalités d'accompagnement et de prise en charge

Objectifs généraux des MDA	Objectifs opérationnels	Indicateurs	Actions menées à la MDA 14
<p>4. Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge</p>	<p>Organiser l'expertise inter professionnelle sur des situations individuelles en vue de la définition d'une prise en charge précisant les engagements et les limites des différents intervenants</p> <p>Evaluer le suivi des prises en charge et des méthodes dans un souci d'amélioration de la qualité des prises en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions ou staffs pluridisciplinaires - Existence de protocoles en matière de suivi et d'amélioration de la qualité de PEC - Formalisation de partenariats avec les autres acteurs autour de l'adolescent 	<p><u>en interne</u> : Programme de réunions internes permettant selon les cas de se concentrer sur l'étude de cas clinique posant difficulté, d'assurer une régulation des équipes d'intervention, de s'assurer de passages fluides entre les espaces, d'éviter le cloisonnement des espaces et des équipes d'intervention, d'harmoniser et/ou d'améliorer les pratiques, de réfléchir sur les besoins territoriaux, d'améliorer l'organisation des activités</p> <p>2. <u>en externe</u> : Les réunions de veille organisées par la PJJ ont cessé et mériteraient d'être reprises par un financeur (légitimité)</p> <p>Interventions pour régulation de l'ensemble des infirmières du secondaire (convention avec IA) du département. Participation à un groupe piloté par l'IA sur les décrochages scolaires.</p> <p>Intervention en direction de l'ensemble des AS du secondaire (convention avec IA)</p> <p>Réponse aux sollicitations du conseil général autour de situations problématiques et régulation des intervenants du CG14</p> <p>Participation aux réunions de synthèses à la demande de certains établissements</p> <p>La MDA 14 a fait le choix de ne pas revendiquer une position d'expert (centre de référence) auprès des autres acteurs mais elle a poursuivi l'objectif d'être reconnue comme un centre ressource pour l'adolescence. Grâce au développement de l'espace réseau/ressource une fonction d'animation et de formalisation des parcours avec les professionnels confrontés aux TCA a pu être amorcée.</p>

Objectifs généraux des MDA	Objectifs opérationnels	Indicateurs	Actions menées à la MDA 14
5. Constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence (familles, professionnels, institutions)	Avoir un rôle d'appui dans la mise en œuvre des entretiens de santé des 12/13 ans ainsi qu'en amont et en aval des consultations annuelles et gratuites de prévention prévues par le plan santé des jeunes (16/25 ans)	- Nombre de collaborations pour la réalisation des entretiens 12/13 ans - Nombre de collaborations dans le cadre des consultations 16/25 ans - % des partenaires satisfaits de ce rôle d'appui de la MDA	Cette orientation du plan santé jeune n'a pas du tout été investiguée par la MDA faute de connaissance et de sollicitations sur ce dispositif particulier
	Favoriser la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charge globales pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles	Rompre l'isolement des professionnels autour des problématiques adolescentes : Nombre de Soirées thématiques de rencontres et d'échanges interprofessionnels	Soirées thématiques, formations pluridisciplinaires, lettre info, journées départementales ou régionales, colloques Constitution et animation d'un réseau de professionnels 800 professionnels concernés par ces informations régulières
	Développer chez ces professionnels une culture commune sur l'adolescence	Information et formations des professionnels	Soirée thématiques, formations pluridisciplinaires, lettre info, journées départementales ou régionales, colloques 800 professionnels concernés par ces informations régulières
	Assurer la cohérence des actions menées en faveur des jeunes sur le territoire concerné	Complémentarité des professionnels et non subsidiarité	Réalisation de diagnostics de territoires complets Mise en exergue et « ré investissement » des professionnels locaux avant toute intervention spécifiques de la MDA 14 (équipe mobile) Positionnement de la MDA 14 en soutien, aide et accompagnement de projet notamment au sein de l'espace ressource. <i>La MDA 14 permet de développer la cohérence des actions mais ne peut à elle seul l'assurer</i>

Objectifs généraux des MDA	Objectifs opérationnels	Indicateurs	Actions menées à la MDA 14
	Permettre un complet décloisonnement des secteurs d'intervention	Formation/information d'acteurs de première ligne Projet de territoire en cours dépassant les limites du département et prenant en compte les habitudes des populations concernées. (territoire bocage Ornais et Virois)	Constituer un répertoire d'expériences et de compétences, mettre en lien les professionnels notamment au sein de l'espace ressource Solliciter les ressources internes ou externes, faire vivre les dynamiques de "réseau" territoriales La MDA 14 a intégré le pôle de compétences régional animé par l'IREPS Animation d'action particulière en direction des familles : café débat, soirées thématiques, groupes de paroles...

Le projet porté par la MDA 14 répond point par point aux orientations et recommandations formulées dans le cahier des charges national pour la création des maisons des adolescents.

Les actions développées par la MDA 14 devraient contribuer à l'atteinte des objectifs généraux identifiés dans ce cahier des charges national.

Seul l'un des objectifs opérationnels : « Avoir un rôle d'appui dans la mise en œuvre des entretiens de santé des 12/13 ans ainsi qu'en amont et en aval des consultations annuelles et gratuites de prévention prévues par le plan santé des jeunes (16/25 ans) », orientation du plan santé des jeunes, n'a pas du tout été investigué par la MDA 14 faute de connaissance et de sollicitations sur ce dispositif particulier.

III.3.2 Les missions d'une maison des adolescents

Missions des MDA – cahier des charges national	Réponse MDA 14
Accueil, écoute, information, orientation	Espace ACCUEIL
Evaluation des situations	Espace ACCUEIL
Prise en charge médicale et psychologique	Espace CONSULTATION
Accompagnement éducatif, social et juridique	Entretiens démarches administratives Espace de SOIN ET MEDIATION

Dans le cahier des charges national, les missions dévolues aux maisons des adolescents sont clairement identifiées.

La MDA 14 apporte une réponse à chacune d'elle à travers l'espace accueil, l'espace consultation et l'espace soin et médiation. Nous ne revenons pas sur l'organisation de ces espaces décrite plus haut (cf. p 5 à p 21 du présent rapport).

III.3.3 L'organisation d'une maison des adolescents

Organisation des MDA – cahier des charges national	Réponse MDA 14
Ouvertes, libres et gratuites	Espace ACCUEIL sans RDV
Implantation géographique choisie	Centre ville Caen, non loin université + antennes dans les territoires
Horaires souples et adaptés	Couverture hebdomadaire large du lundi au samedi midi
Réunion de dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques	En interne ou en externe (partenariats)
Mobilité des équipes	Mobilité effective - équipe mobile intervenant sur tout le département

En matière d'organisation, le cahier des charges national donne également un certain nombre d'orientations. Elles sont toutes suivies par la MDA 14.

Le cahier des charges national cible la réunion de dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques. A la maison des adolescents du Calvados, il s'agit le plus souvent de la réunion sous le même toit de ces dispositifs. Toutefois, dans certains cas spécifiques, le choix a pu être fait de partenariats et d'orientation des jeunes vers des lieux spécifiques (ex : consultations juridiques avec les avocats du barreau de Caen).

III.3.4 Les prestations proposées par une maison des adolescents

Prestations inscrites au cahier des charges national	Réponse MDA 14	Précisions
Actions en direction des adolescents - individuelles - collectives - articulation Points Accueil Ecoute Jeune (PAEJ)	Consultations médicales, psychologiques, sociales Entretiens sans RDV groupes de paroles d'adolescents et de parents notamment à l'ESM Ateliers de médiation à l'ESM Un Point Accueil Ecoute Jeune (PAEJ) intégré à l'Espace Accueil	Peu de PAEJ sur le département à l'ouverture de la MDA 14 Pas de partenariat contractualisé avec le PAEJ de Falaise (EPE) mais liens fonctionnels Convention avec Fil Santé Jeune (EPE d'Ile de France)
Actions en direction des familles - individuelles - collectives	Espace Accueil sans RDV Espace Consultation Cafés débat/groupe de paroles/soirées thématiques Espace de soin et de Médiation (travail avec les familles, contractualisation avec les responsables légaux)	Soirées débats parents dans le cadre du réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAPP) dans les territoires Lien avec le site du REAPP Participation aux réunions du REAPP
Actions en direction des partenaires - intervenir à la demande des professionnels - recevoir les membres d'une équipe sur une situation particulière - apporter un concours dans l'élaboration des contenus d'une formation destinée à des professionnels - sensibilisation des professionnels - lieu ressource, centre documentaire	Espace réseau/ressource essentiellement Réponse aux sollicitations des partenaires dans l'analyse des situations ou la régulation (inspection académique, conseil général...) Des réunions de travail peuvent être organisées avec les membres d'une équipe pour des situations particulières Formations/informations des professionnels Intervention de l'espace réseau/ressource dans l'accompagnement de projet Un lieu ressource et d'information à l'espace accueil et à l'espace réseau-ressource	

De la même façon, la MDA 14 a développé l'ensemble des prestations décrites au sein du cahier des charges national.

L'espace accueil, l'espace consultation et l'espace soin et de médiation organisent les actions d'écrites en direction des adolescents et des familles.

L'espace réseau/ressource, quant à lui, est chargé essentiellement des actions en direction des partenaires et des professionnels intervenant en direction des adolescents.

III.3.5 Les acteurs d'une maison des adolescents

Le cahier des charges national identifie également 5 compétences clé : santé, action sociale, éducation, justice, collectivités territoriales pour la création d'une maison des adolescents ainsi que les acteurs principaux qui doivent y participer : les professionnels de santé, de l'hôpital et de la ville, l'Etat : Santé, action sociale, Education Nationale, justice (procureur, Protection Judiciaire de la Jeunesse), et l'Assurance Maladie, les collectivités territoriales et le secteur associatif.

Pour la création de la MDA 14, le CHS et l'ACSEA ont su associer l'ensemble des partenaires institutionnels (ARH, DRASS, DDASS, URCAM, regroupés aujourd'hui au sein de l'ARS) et la majorité des professionnels concernés par l'adolescence.

La maison des adolescents du Calvados dispose, en outre, d'intervenants internes ou externes (partenaires) sur les 5 compétences clé indiquées dans le cahier des charges national. Seules les compétences justice et collectivité territoriale s'exercent à l'extérieur des murs de la MDA 14.

Pour les situations nécessitant des conseils juridiques, les professionnels de la MDA 14 ont la possibilité d'orienter vers les avocats du barreau (convention de partenariat formalisée) ou font le lien avec l'ACJM (Association d'Aide aux victimes, de Contrôle Judiciaire Socio-éducatif, d'Enquêtes de personnalité et de Médiation pénale,) en matière d'aide aux victimes.

La MDA 14 a fait le choix de ne pas proposer en « interne » les compétences juridiques mais d'orienter vers les structures existantes. Le nombre effectif de situations concernées année après année a conforté ce choix initial et les procédures mises en place semblent répondre aux demandes des adolescents ou des familles.

Au total, la maison des adolescents du Calvados répond pleinement au cahier des charges national.

La MDA 14 est même allée au delà des recommandations opérationnelles en développant notamment :

- l'Espace de Soins et Médiation,
- l'Espace réseau /ressource.

En effet, un certain nombre d'actions complémentaires aux actions initiales de la MDA ont été développées pour répondre aux besoins locaux identifiés :

- problématique d'accueil de jour des adolescents,
- Troubles du Comportement Alimentaire,
- problématique complémentaire de l'hébergement thérapeutique.

III.4 Éléments de comparaison avec d'autres maisons des adolescents

Conformément au cahier des charges de l'évaluation de la maison des adolescents du Calvados, nous avons pris connaissance du fonctionnement d'autres maisons des adolescents ayant été créées au même moment que la MDA 14 (automne 2006).

L'objectif est de contribuer, par une analyse comparative, à la présente évaluation.

Il existe à ce jour environ 70 maisons des adolescents opérationnelles en France.

Les ARS de Bretagne et de Lorraine ont répondu à notre demande. Nous avons pu les interroger quant à l'organisation et à l'activité des maisons des adolescents dans ces régions. Loin de décrire de façon exhaustive les organisations mises en place, nous aborderons ci-après succinctement les modalités de réponse au cahier des charges national.

III.4.1 La maison des adolescents de Moselle

Ce projet reposait au départ sur l'activité d'un CMP (Centre Médico Psychologique) et d'un CASA (Centre d'Accueil et de Soins en Addictologie) localisé en centre ville de Metz.

Depuis octobre 2006, la MDA 57 est organisée avec une équipe dédiée d'environ 17 ETP pour une file active d'environ 1000 jeunes couvrant un bassin de population d'un million d'habitants (ouest Moselle) sur deux sites différents à Metz et Saint Avold.

La problématique principale repose sur la prise en charge des enfants migrants.

La MDA 57 est essentiellement portée par le sanitaire via le CHS.

Elle développe un certain nombre de formations en direction des services sociaux et médico-sociaux.

III.4.2 Les maisons des adolescents en Bretagne

La Bretagne compte 6 maisons des adolescents pour un territoire de 3 149 701 habitants. Elles sont toutes organisées différemment en fonction des partenariats et de l'histoire locale.

A titre d'illustration, la maison des adolescents de Brest a centré son activité sur l'écoute et l'orientation des jeunes. Elle accueille ainsi en moyenne 360 jeunes. Ceux-ci consultent essentiellement pour les motifs suivants : difficultés relationnelles, troubles du comportement, difficultés scolaires.

La prise en charge se résume le plus souvent à quelques séances d'orientation ou de réassurance des jeunes concernés. Une centaine d'entre eux sont orientés pour une prise en charge spécialisée le plus souvent en CMP.

La maison des adolescents de Rennes s'est quant à elle orientée dès son origine vers la prise en charge des « cas lourds », ces jeunes qui passent d'institution en institution, et qui les mettent à mal.

La file active est forcément plus réduite pour concerner près de 150 jeunes avec une cinquantaine de nouvelles situations par an. Une équipe de 5 ETP participe à leur prise en charge.

Certains personnels sont mis à disposition de la PJJ ou de collectivités territoriales.

Les 6 maisons des adolescents ont un montage financier proche. La participation de l'ARS s'élève à 156 000€ (enveloppe citée dans le cahier des charges national pour la création des maisons d'adolescents) à laquelle s'ajoute un financement FIQCS pour réseau de santé de l'ordre de 50 000€ soit un budget exclusivement sanitaire d'environ 200 000€ par MDA soit 1,2 million pour la région. Toutefois, la majorité de ces structures sont portées par des établissements de santé et nous pouvons imaginer que le financement en nature (par des mises à disposition notamment) est conséquent.

III.4.3 L'Association Nationale des Maisons Des Adolescents (ANMDA)

Il existe aujourd'hui plus de 70 maisons des adolescents opérationnelles en France.

L'ANMDA, Association Nationale des Maisons Des Adolescents, fédère depuis 2008 une large majorité des Maisons des Adolescents.

Les professionnels de la MDA 14 sont particulièrement impliqués dans cette association. Le Docteur Genvresse est vice président de l'ANMDA et Madame Desramé en est la trésorière.

III.4.4 Les recommandations du rapport Buisson/Salles

Une première évaluation du programme national maison des adolescents a été rendue en 2009 par Marc BUISSON et Francis SALLES, Conseillers généraux des établissements de Santé.

La MDA 14 répond aux principales recommandations du rapport Buisson.

La « porte d'entrée » des maisons des adolescents doit être aussi large et généraliste que possible.

La Maison des Adolescents doit garantir l'**accueil par des professionnels formés** constituant **une offre de service sans rendez-vous**, au moins pour le premier contact

La Maison des Adolescents s'engage 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.

La Maison des Adolescents doit constituer une véritable politique territoriale de « **guichet unique** » **pour l'Adolescent**.

En France, les maisons des adolescents se sont développées en fonction du contexte et des problématiques locales. Elles sont toutes très différentes tant par les structures qui les composent que dans leur organisation mais également d'un point de vue financier (budget alloué et sources de financement).

En outre, elles tentent toutes de répondre au cahier des charges national toutefois, celui-ci étant construit dans une acception très large, les modalités pour y répondre peuvent prendre des formes très différentes. Il est donc particulièrement difficile de procéder à une analyse comparative entre plusieurs maisons des adolescents.

Nous avons pu nous apercevoir par les échanges avec d'autres ARS que la MDA 14, comparée à d'autres, n'était pas tombée dans un carcan plutôt sanitaire ou plutôt médico-social. La MDA 14 a su, au contraire, investir pleinement les différents champs contribuant à la prise en charge globale de l'adolescent.

Au cours de ces échanges, nous avons pu également nous rendre compte que la MDA 14 avait su apporter une réponse complète aux besoins de l'adolescent, de sa famille ou des professionnels par les 4 espaces complémentaires mis en place.

La MDA 14 figure parmi les maisons des adolescents les plus structurées et apportant une réponse satisfaisante à la politique développée au niveau national.

IV. CONCLUSION

Pour répondre au cahier des charges national, la MDA 14 s'est organisée en 4 espaces :

- l'espace accueil
- l'espace consultation
- l'espace soin et médiation
- l'espace réseau/ressource.

L'espace accueil de la maison des adolescents du Calvados constitue véritablement le « guichet unique départemental » pour les adolescents, les familles et les professionnels. Ce dispositif permet des entretiens individualisés sans rendez-vous pouvant déboucher sur un soutien ponctuel, des évaluations et des orientations tant en interne qu'en externe.

La maison des adolescents a ainsi dépassé les objectifs quantitatifs qu'elle s'était initialement en accueillant plus de 1000 adolescents par an.

L'espace consultation de la maison des adolescents répond au besoin de consultations en ambulatoire d'adolescents en mal-être, que ceux-ci soient orientés du champ sanitaire (centres hospitaliers, médecins, psychologues) mais également de la protection de l'enfance, de professionnels du secteur médico-social ou encore de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

L'Espace de Soins et de Médiation (ESM) est une unité de prise en charge de jour, éducative, pédagogique et thérapeutique, à temps partiel pour des adolescents de 12 à 18 ans présentant des troubles psychiques particulièrement importants.

L'espace réseau/ressource, quant à lui, constitue un lieu ressource et fédère la majorité des acteurs concernés par l'adolescence (familles, professionnels, institutions). Il inscrit son action dans une logique de réseau et de couverture territoriale.

Le cinquième espace prévu dès l'origine du projet MDA 14 en 2006 ouvrira ses portes début 2012 : l'hébergement thérapeutique.

En matière de financement, la MDA 14 dispose d'un budget conséquent majoritairement abondé par l'ARS de Basse-Normandie.

La MDA 14 répond quasiment à toutes les orientations du cahier des charges national.

Les actions développées devraient contribuer à l'atteinte des objectifs généraux identifiés au niveau national pour la prise en charge et l'accompagnement des adolescents.

La MDA 14 a su apporter une réponse complète aux besoins de l'adolescent, de sa famille ou des professionnels par les 4 espaces complémentaires mis en place en permettant notamment le décroisement des secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire.

V. RECOMMANDATIONS

Toute organisation étant perfectible, nous avons recensé ci-après les objectifs qui pourraient être poursuivis dans le cadre d'une nouvelle contractualisation.

- 1.** Asseoir la présence de la maison des adolescents dans les bassins de population en dehors du plateau caennais pour assurer la couverture géographique complète du département
- 2.** Formaliser le parcours d'un adolescent avec les structures d'aval
- 3.** Evaluer les orientations vers des partenaires externes
- 4.** Définir les modalités d'action et de prise en charge sur les bassins de vie limitrophes avec d'autres départements en lien avec les maisons des adolescents de la Manche et du Calvados, notamment.
- 5.** Limiter le temps d'attente
- 6.** Procéder à une évaluation de l'espace consultation par les professionnels « adresseurs » en complément des enquêtes menées auprès des jeunes et des familles
- 7.** Poursuivre le travail de priorisation des demandes
- 8.** Réduire le délai entre la demande et le premier rendez-vous et fixer un délai maximal à ne pas dépasser
- 9.** Se fixer un objectif cible de nouveaux patients et suivre à travers un tableau de bord le renouvellement de la file active
- 10.** Avoir une réflexion sur la fréquence et l'ordre du jour des différentes réunions de coordination dans l'objectif d'optimiser le temps effectif auprès de l'adolescent
- 11.** Conformément aux objectifs tels qu'ils ont été retenus en CROSMS EN 2007, définir et formaliser la complémentarité et le partenariat entre l'ESM et l'UCHA
- 12.** L'ESM constituant un accueil de jour et l'hébergement thérapeutique un accueil de nuit, distinguer les objectifs qui relèvent de l'ESM et ceux qui relèveront de l'hébergement thérapeutique
- 13.** Valoriser l'activité de l'ESM et ses interactions avec les autres dispositifs, qu'ils soient sanitaires, médico-sociaux ou ambulatoires
- 14.** Signer la convention de partenariat en projet depuis plusieurs années avec l'Association des Amis de Jean Bosco (AAJB)
- 15.** Formaliser tous les partenariats sous forme de convention, notamment les modalités de partenariat avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- 16.** Envisager des conventions de partenariat avec le CHRU et l'UCHA (d'unité d'hospitalisation d'adolescents en crise), les structures intervenant dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle, les CMP... et plus globalement chaque fois que nécessaire

17. Dans le cadre de l'ouverture de l'hébergement thérapeutique, actualiser ou renouveler certaines conventions notamment pour :

- formaliser les modalités d'orientation et les parcours d'adolescents entre les partenaires
- définir les modalités d'orientation vers l'hébergement thérapeutique.

18. Formaliser les partenariats dès l'ouverture de l'hébergement thérapeutique

19. Etablir des protocoles, notamment pour définir les modalités d'orientation d'adolescents

Dans le cadre d'une nouvelle contractualisation avec la MDA 14, son action doit nécessairement s'inscrire en réponse aux objectifs du PSRS et du PRS : volet psychiatrie et addictologie du SROS, Schéma Régional de Prévention et Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale.

Il semble par ailleurs incontournable de positionner l'action globale de la MDA 14 au regard des priorités nationales notamment en matière de nutrition, de lutte contre les addictions et de santé mentale : Programme national de lutte contre le suicide, Programme National Nutrition Santé (PNNS), Plan national de lutte contre l'obésité, Plan santé jeunes, plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les addictions ...

VI. ANNEXES

VI.1 Cahier des charges national maison des adolescents

VI.1.1 I - CONSTAT

Alors que ce sont encore trop souvent les aspects négatifs de l'adolescence qui sont mis en avant, il est utile de rappeler que la grande majorité des adolescents, 8 d'entre eux sur 10, n'éprouve pas de difficultés particulières.

Ceux qui souffrent, ceux qui vont mal doivent pouvoir être accompagnés et bénéficier d'un suivi. C'est généralement le cas, parce que les professionnels sont alertés, lorsque les troubles psychopathologiques s'extériorisent par des passages à l'acte mettant en question l'équilibre social. Cela devient beaucoup plus difficile à réaliser lorsque la souffrance est intériorisée, s'exprime à bas bruit ou dans le registre psychosomatique (ce qui est plus fréquent chez les filles).

Les structures existent, multiples, qui remplissent chacune leur rôle. Ce qui peut manquer, c'est l'approche et l'aide pluridisciplinaires qui semblent s'imposer. Les différents acteurs, la famille, l'école et les différentes institutions ayant des adolescents en charge (aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse...), les professionnels de santé ont du mal à partager une analyse et à coordonner leurs actions.

Si les structures intervenant en faveur des jeunes sont nombreuses, on peut regretter une absence de lisibilité pour le public, mais aussi pour les professionnels, de l'organisation des différents services. C'est le cas notamment de l'organisation des services de psychiatrie.

On a pu constater également que si d'importants moyens de prévention sont mis en œuvre chez les jeunes enfants jusqu'à l'âge de 6 ans (20 consultations médicales chez le généraliste, le pédiatre ou à la PMI, prises en charge à 100 %), tel n'est pas le cas au cours de l'enfance ni pendant l'adolescence, bien que certaines manifestations psychopathologiques s'expriment électivement à cette période (dysmorphophobies, émergences de pathologies psychiatriques lourdes, troubles des conduites alimentaires, tentatives de suicide...). De même les adolescents atteints de maladies chroniques nécessitent une attention particulière.

Par ailleurs, les professionnels en charge d'adolescents ont besoin d'être soutenus dans leur rôle et sensibilisés à la spécificité de l'adolescence.

Il est également important de mieux répondre au besoin d'information et d'accompagnement des parents, qui sont des partenaires pour tout ce qui concerne la santé de leurs enfants, considérée dans sa dimension physique, mais également psychique, sociale ou éducative.

Enfin, l'intrication, au niveau individuel, des difficultés observées ne permet plus la prise en charge de certains adolescents par une seule institution.

VI.1.2 - OBJECTIFS DES MAISONS DES ADOLESCENTS

Les maisons des adolescents ont pour vocation de mettre en œuvre les objectifs généraux suivants :

- Apporter une réponse de santé et plus largement prendre soin des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes, qui ne sont pas actuellement prises en charge dans le dispositif traditionnel.
- Fournir aux adolescents des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie.
- Favoriser l'accueil en continu par des professionnels divers pour faciliter l'accès de ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels.

- Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge.
- Constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence (parents, professionnels, institutions). De ce point de vue les maisons des adolescents auront un rôle d'appui dans la mise en œuvre des entretiens de santé des 12-13 ans ainsi qu'en amont et en aval des consultations annuelles et gratuites de prévention prévues dans le plan Santé des Jeunes et concernant les jeunes de 16 à 25 ans.

Les objectifs opérationnels qui en découlent consistent à :

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

VI.1.3- CONDITIONS REQUISES

A) Analyse de l'existant et des besoins

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

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

A la lumière de ce diagnostic, des objectifs sont élaborés pour le territoire et les conditions d'évaluation précisées.

Dans la dynamique "Espoir Banlieues", une priorité sera donnée à des projets implantés sur des territoires identifiés comme étant en difficulté en termes de vulnérabilité et de fragilité de leur population adolescente.

B) Missions des maisons des adolescents :

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

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

S'il reste souhaitable de maintenir l'accueil d'un public adolescent large, les maisons des adolescents s'adressent en priorité à des adolescents en proie à des difficultés faisant que leurs familles, les professionnels et les institutions atteignent, isolément, les limites de leurs compétences.

Il appartient aux décideurs locaux d'élargir l'accueil à un public adolescent plus large en fonction des besoins identifiés localement et des ressources du territoire.

C) Organisation des maisons des adolescents

Ce sont des structures ouvertes où les adolescents peuvent se rendre librement et gratuitement sans qu'une autorisation préalable des parents soit nécessaire.

Leur implantation géographique sera choisie de façon à être aisément accessible pour les populations adolescentes.

Ces lieux doivent être clairement identifiés et individualisés afin de faciliter leur repérage.

Ils offrent des plages horaires d'accueil souples et adaptées

Les maisons des adolescents réunissent les dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent.

A cet effet, la mobilité des équipes travaillant au sein des maisons des adolescents est fortement recommandée. Elles s'organisent pour pouvoir aller au devant de certains adolescents en fonction des besoins repérés.

Les maisons des adolescents peuvent être créées à partir de structures, équipements ou services existants qui satisfont à ces orientations. Les liens avec une ou plusieurs structures permettant l'hospitalisation des adolescents en tant que de besoin seront précisés dans le projet.

Le porteur du projet peut être notamment un établissement de santé, une association, une collectivité locale.

Les responsabilités et engagements respectifs sont formalisés sur la base d'une contractualisation à charge pour les acteurs locaux de trouver, en fonction de la structure qu'ils envisagent de mettre en place, la formule la plus appropriée.

D) Prestations proposées

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

✓ Actions en direction des adolescents

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

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

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

✓ Actions en direction des familles

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

Elles peuvent être individuelles ou collectives.

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

✓ Actions en direction des partenaires

Des professionnels de la MDA peuvent :

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

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

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

E) Acteurs

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

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

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

VI.1.4 Elaboration du projet

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

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

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

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

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

VI.1.5 Suivi de la mise en œuvre de la maison des adolescents

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

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

Une évaluation nationale des maisons des adolescents a été réalisée : elle est jointe au présent envoi. Afin de poursuivre l'indispensable processus évaluatif au niveau national, une liste de critères à remplir par chaque maison des adolescents sera diffusée début 2010. Elle n'est pas exclusive d'indicateurs complémentaires qui seraient définis au niveau local ou régional.

VI.2 . Cahier des charges régional de l'évaluation de la MDA 14

VI.2.1 : CADRE GENERAL DE L'INTERVENTION

A) Le contexte

La Maison des Adolescents (MDA) du Calvados a été autorisée par un arrêté du 11 mai 2007 "pour une durée de 5 ans renouvelable, sous réserve du résultat positif de l'évaluation des activités réalisées".

Cette structure ayant un caractère expérimental (12° du I de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles), elle relève de fait des dispositions de l'article L313-7 du même code qui dispose que :

"Les autorisations des établissements et services à caractère expérimental mentionnés au 12° du I de l'article L. 312-1 sont accordées pour une durée déterminée, qui ne peut être supérieure à cinq ans. Elles sont renouvelables une fois au vu des résultats positifs d'une évaluation. Au terme de la période ouverte par le renouvellement et au vu d'une nouvelle évaluation positive, l'établissement ou le service relève alors de l'autorisation à durée déterminée mentionnée à l'article L. 313-1."

Le renouvellement de la MDA, s'il est validé, doit par conséquent avoir lieu au plus tard le 11 mai 2012.

B) Le renouvellement de l'autorisation

Toute idée de suppression de cette structure doit être écartée. Il apparaît, en effet, difficilement concevable, tant au regard du contexte règlementaire que politique ainsi que des besoins de la population bas-normande, de mettre fin à l'activité de la maison des adolescents du Calvados.

Un renouvellement pour 5 ans, de nouveau sous le statut d'établissement expérimental, est par conséquent à priori à envisager.

C) Les modalités d'évaluation futures

Cette fois-ci, l'ARS doit veiller à définir au moment de ce renouvellement selon quelles modalités la MDA sera évaluée à l'issue de cette deuxième autorisation et éventuellement réorienter certaines actions de la MDA, notamment au regard du cahier des charges national des maisons des adolescents et des besoins identifiés dans le PRS.

Une meilleure définition de la destination des différents financements ainsi que leur plus grande traçabilité est également à rechercher (au moins pour ceux provenant de l'ARS). En ce sens, la mise en place d'un « dialogue de gestion » annuel et transversal aux différentes directions de l'agence pourrait être à envisager.

Enfin, le projet d'hébergement thérapeutique de la MDA, inclus dès l'origine du dossier CROSMS et dont fait état l'autorisation, nécessite qu'on lui porte une attention particulière (première pierre posée en décembre 2010).

D) Un benchmark à prévoir

Dans ce cadre, la prise de connaissance et l'analyse du fonctionnement d'autres maisons des adolescents existant en France et ayant été créées dans les mêmes années devront contribuer, par une analyse comparative, à la présente évaluation.

VI.2.2 LA FINALITE DE LA PRESTATION

A) Objectif principal

L'objectif principal de cette évaluation est double :

- réaliser un bilan du fonctionnement de la maison des adolescents depuis sa création
- développer les bases d'une nouvelle contractualisation et ses modalités d'évaluation

B) Contenu attendu du rapport d'évaluation

L'évaluation, qui sera soumise au directeur de l'ARS devra notamment répondre aux objectifs opérationnels suivants :

- réaliser un bilan relatif à l'atteinte des « objectifs » décrits dans le dossier et le rapport CROSMS au travers notamment des 5 missions identifiées en 2007 :
 - Accueil, écoute, orientation, information
 - Consultations spécialisées
 - Conventions
 - Accueil temps partiel de jour
 - Hébergement thérapeutique
- réaliser un bilan relatif à l'utilisation des fonds versés par l'ARS (sanitaires, médico-sociaux et prévention) et de les analyser au regard de l'ensemble des financements versés
- rechercher la compatibilité des activités actuelles de la MDA et de ses projets avec le cahier des charges défini nationalement pour les MDA et le cas échéant de rechercher sous quelles formes intégrer les éventuelles spécificités de la MDA du Calvados
- s'intéresser, dans une optique de prospective, à l'adéquation des activités proposées par la MDA avec les constats et objectifs dressés par le PRS et le PRAPS

Zone géographique concernée : Département du Calvados

C) Sources d'informations

Les textes portant réglementation des maisons des adolescents : appel d'offre et cahier des charges national.

Les rapports nationaux sur les maisons des adolescents.

Le Plan Stratégique Régional de Santé et les schémas d'organisation.

L'atlas régional et l'Etude Prospective de l'Offre.

Les rapports d'activité de la maison des adolescents du Calvados.

Entretiens et/ou enquêtes de satisfaction auprès des professionnels de la maison des adolescents, des partenaires directs, des usagers et de leurs familles

D) Echéancier

Le renouvellement de la maison des adolescents doit intervenir au plus tard le 11 mai 2012.

Le rapport d'évaluation devra donc être rendu au plus tard le 11 avril 2012.

Le rapport final sera accompagné d'un document de synthèse et de préconisations (4 pages maximum).