

**ANTICIPER LES EVOLUTIONS DES POLITIQUES
PUBLIQUES ET PROMOUVOIR LES ACTIONS D'UN PAEJ :
UNE REPONSE TERRITORIALE AU SERVICE DES JEUNES**

Antoine BRUNO

2012

Remerciements

A Mike pour son accompagnement

A Danièle pour son soutien

A Flavio, Miranda, Céline et Katia pour leur patience et leur affection

A David L, David C, Isma et Thierry qui m'ont supporté

Et à tous les autres...

S o m m a i r e

Introduction	5
1 Prévention et Prise en compte globale de l'adolescent en difficulté	7
1.1 Politique publique de prévention en direction de la jeunesse	7
1.1.1 Evolution des discours sur la prévention des addictions.....	7
1.1.2 Histoire des PAEJ : de la prévention de la toxicomanie à la prévention des conduites à risques à l'adolescence.....	9
1.1.3 Des évolutions réglementaire en question.....	12
1.2 Adolescence et conduites à risques.....	16
1.2.1 Une approche psychologique : désir, limite et conduites ordaliques.	16
1.2.2 Une approche sociologique et anthropologie : anomie, déviance et rite de passage	19
1.2.3 L'adolescent en interaction avec son environnement : une nécessaire prise en compte.....	21
1.3 De l'accueil à la prise en compte des jeunes en ruptures.....	24
1.3.1 Limites des dispositifs de droit commun.....	24
1.3.2 Les secteurs sanitaire, social et médicosocial : écueil de la spécialisation	27
1.3.3 La proximité : mission spécifique des PAEJ et enjeu de cohésion sociale	30
2 Réseau de proximité et Accueil des jeunes en ruptures dans les quartiers Nord de Marseille	34
2.1 Le projet PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES.....	34
2.1.1 Le positionnement du PAEJ dans les quartiers Nord de Marseille	34
2.1.2 Réseaux et accueil de proximité : une réponse à des situations complexes	37
2.1.3 Entre évolution des besoins et contraintes conjoncturelles : un environnement en mutation.....	40
2.2 Analyse des Enjeux stratégiques du PAEJ.....	43
2.2.1 Singularité et multiplicité des acteurs : attentes et enjeux.....	43
2.2.2 Des contraintes fortes	47
2.2.3 Un service et des compétences reconnues.....	49

2.3	Promouvoir un accueil individuel et familial de proximité pour les jeunes en difficultés dans les quartiers Nord de Marseille.....	52
2.3.1	Ce que l'expérience du PAEJ a mis en évidence	52
2.3.2	Les limites du fonctionnement du PAEJ.....	54
2.3.3	Réflexion stratégique pour une amélioration de la situation du PAEJ.....	56
3	Pour un accueil préventif pluridisciplinaire : valoriser et promouvoir les expérimentations	59
3.1	Engager une démarche d'évaluation pour valoriser les actions	59
3.1.1	Evaluation et démarche qualité	59
3.1.2	Expliciter les caractéristiques du public pour valoriser la spécificité du service rendu.	62
3.1.3	Valoriser les compétences pour une évolution de la culture professionnelle	66
3.2	Adapter l'offre de service aux attentes des politiques publiques et aux besoins des usagers :.....	68
3.2.1	Délimiter l'activité par champs d'expertise	68
3.2.2	Restructurer le service en cohérence avec les nouvelles orientations.....	70
3.2.3	Pilotage, évaluation et montage financier	74
3.3	Communiquer pour promouvoir le service rendu	76
3.3.1	Construire un plan de communication pour renforcer la notoriété du PAEJ	76
3.3.2	Interpeller les décideurs politiques pour solliciter de nouveaux engagements	79
3.3.3	Pour suivre le plan.....	80
	Conclusion.....	83
	Bibliographie.....	85
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANESM: Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ANMDA: Association Nationale des Maisons Des Adolescents

ANPAEJ: Association Nationale des Points Accueil et Ecoute Jeunes

APHM: Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

ARS: Agence Régionale de Santé

ASE: Aide Sociale à l'Enfance

BOP: Budget Opérationnel de Programme

CG: Conseil Général

CAARUD: Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

CAF: Caisse d'Allocation Familiale

CASF: Code de l'Action Sociale et des Famille

CATTP: Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel

CJC: Consultations Jeunes Consommateurs

CMP: Centre Médico-Psychologique

CMPP: Centre Médico-Psycho-Pédagogiques

CMU: Couverture Maladie Universelle

CSAPA: Centre Spécialisé d'Accompagnement et de Prévention des Addictions

CSST: Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

CUCS: Contrats Urbains de Cohésion Sociale

DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDCS: Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DGAS: Direction Générale des Affaires Sociales

DGCS: Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGS: Direction Générale de la Santé

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence et de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles

DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

ETP: Equivalent Temps Plein
FESJ: Fédération des Espaces Santé Jeunes
FNEPE: Fédération Nationale des Ecoles des Parents et des Educateurs
INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ITEP: Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MDA: Maison Des l'Adolescents
MILDT: Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OFDT: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS: Organisation Mondial de la Santé
PACA: Provence Alpes Côte-d'Azur
PAEJ: Point Accueil et Ecoute Jeunes
PJJ: Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI: Protection Maternelle et Infantile
PRAPS: Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP: Programme Régional de Santé Publique
RESSCOM: Recherches et Evaluations Sociologiques sur le Social, la sante et les actions
COMMunautaires
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
UNICEF: United Nations of International Children's Emergency Fund
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
VIH: Virus de l'Imuno-déficience Humaine

Introduction

J'exerce la fonction de chef de service depuis 2002 et l'obtention d'un Diplôme d'Etude Approfondie en Sciences de l'Education. Mes expériences et mes formations m'ont conduit à m'impliquer tout particulièrement dans la prévention et l'intervention sociale auprès des adolescents et jeunes adultes des quartiers « sensibles ». J'ai souhaité m'engager dans la formation au CAFDES pour valoriser mon expérience et acquérir de nouvelles compétences. Pour moi, l'adhésion à un projet associatif me paraît la condition première de l'action d'un dirigeant.

L'association TREMLIN, créée en 1977 à Aix-en-Provence, est issue du mouvement antipsychiatrique. Elle s'est fondée en opposition à la notion d'*Institution* en expérimentant des modes de fonctionnement *communautaires* où usagers, professionnels et administrateurs coopèrent dans un projet commun. A partir de la fin des années 80, en participant aux politiques publiques, l'activité s'est professionnalisée et institutionnalisée.

Impliquée dans l'inscription sociale des personnes en souffrance psychique, l'association s'est spécialisée de plus en plus au cours des années. Elle a été agréée comme Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes en 1992, et a ainsi développé un savoir-faire particulier dans la prise en charge pluridisciplinaire. A partir de 1997, ces compétences ont été ré-investies dans des projets de formation et de prévention des conduites à risques à l'adolescence. A partir de 2002, un établissement de prévention et de formation a été créé.

Aujourd'hui, l'association est organisée en deux établissements et emploie 22 salariés.

Un Centre Spécialisé d'Accompagnement et de Prévention des Addictions qui se nomme CSAPA DU PAYS D'AIX (13 salariés, 10 ETP) propose, sur le territoire d'Aix-en-Provence, à des personnes présentant des problèmes d'addictions un service d'accueil et de consultations ambulatoires, un service d'appartements thérapeutiques et des ateliers d'insertion et d'inscription sociale.

L'établissement TREMLIN DEVELOPPEMENT (8 salariés, 6 ETP), basé dans les quartiers Nord de Marseille, propose des actions de formation et de prévention des conduites à risques à l'adolescence sur le Pays d'Aix et les Quartiers Nord de Marseille.

L'équipe de direction est composée d'un directeur (cadre I, niveau I) de l'association, d'un chef de service du CSAPA (cadre II, niveau II) et d'un chef de service de TREMLIN DEVELOPPEMENT (cadre II, niveau I). J'occupe le poste de chef de service de TREMLIN DEVELOPPEMENT depuis sa création.

Dans ce qui suit, je m'intéresserai à l'activité développée à Marseille et plus particulièrement à la gestion, au management et à la conduite du projet PAEJ TREMLIN

SANTE JEUNES des Quartiers Nord. Aussi, je me considérerai, dans ce texte, en poste de directeur de l'association TREMPLIN. Je situerai mon discours à la fin 2011 et proposerai un plan d'action sur 2012 et 2013.

Les Points Accueil et Ecoute Jeunes se sont développés, à côté du travail de la prévention spécialisée et des institutions éducatives, sociales et sanitaires habituelles. Je rappellerai comment ce dispositif de prévention, d'éducation à la santé et d'accès à la santé et à l'aide sociale s'est construit au travers des influences du domaine du soin et de la prévention. Ce dispositif est aujourd'hui fragilisé par les évolutions du secteur sanitaire et social.

Afin de rendre intelligible l'utilité du PAEJ des Quartiers Nord de Marseille et d'en envisager le devenir, il convient de comprendre les champs d'expertise développés et la complémentarité avec les autres acteurs de la prévention et de la prise en charge.

Ensuite, j'analyserai l'impact des évolutions du secteur et des politiques publiques sur l'association TREMPLIN dans sa gestion du PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES. Je présenterai les différents enjeux de la situation pour mettre en lumière mon positionnement stratégique. Enfin, je proposerai un plan d'action qui visera à adapter l'établissement au contexte nouveau et à mettre en valeur les acquis de cette expérience.

Tout au long de cette démarche, je me situerai dans le cadre des valeurs associatives de l'association. Au travers de l'action du PAEJ, elle poursuit l'ambition d'être présente et d'agir avant que la situation personnelle difficile des jeunes n'entraîne leur exclusion sociale. Pour ce faire, il est indispensable de considérer les personnes dans leur globalité. En effet, un adolescent qui "va mal" est susceptible d'adopter des conduites à risque, le choix de telle conduite par rapport à telle autre se fera en fonction des situations à risques qu'il rencontre.

1 Prévention et Prise en compte globale de l'adolescent en difficulté

1.1 Politique publique de prévention en direction de la jeunesse

1.1.1 Evolution des discours sur la prévention des addictions

La loi du 31 décembre 1970, *relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses*, réaffirme la répression du trafic et de la consommation mais reconnaît le consommateur comme “nécessitant des soins”.

L'objectif de la prévention est alors de «*réduire ou faire disparaître le trafic pour éviter l'exposition à l'offre et les premières consommations* ».

L'héroïnomane représente la figure emblématique du “toxicomane” et c'est à partir de cette image du consommateur qu'a été constitué le dispositif de soins spécialisés.

A partir des années quatre-vingt, avec le développement de l'épidémie liée au VIH, se met en place une politique de réduction des risques en direction des usagers de substances psychoactives par voie intraveineuse. En 1993, des programmes d'échange de seringues et des thérapeutiques de substitution se développent. Les objectifs sont l'amélioration de l'état sanitaire global des toxicomanes, la réduction de la délinquance et la réinsertion sociale.

Le rapport du Pr HENRION R. (1995), révèle que la marginalisation grandissante est un facteur déterminant et que l'usage de cannabis se “banalise”, surtout chez les jeunes. HENRION R. (1995) introduit la question de la légalisation de l'usage de cannabis en France.

En 1996, la question quitte l'unique dispositif de soins spécialisés avec ; d'une part, la délivrance en médecine de ville d'un produit de substitution (la buprénorphine); d'autre part, la création de services spécialisés dans la prévention, les Points Écoute Jeunes/Parents, implantés dans les quartiers “en difficultés” et visant le public « jeune ».

En 1997, le rapport du Pr PARQUET P.-J s'intéresse tout particulièrement à la question de la prévention. Pour PARQUET P.-J. (1997) : “*Soins, prévention et réhabilitation prendront leur pleine mesure quand ils seront articulés entre eux avec cohérence et résolument axés sur la notion de santé et non plus sur la notion de maladie.* “ Il souligne l'existence de déterminants transversaux à l'état de santé. Ces déterminants sont “*biologiques, physiologiques, culturels, économiques et sociaux* ”. Le but de la prévention,

ici assimilée à l'éducation à la santé, est explicitement "*de modifier les comportements dommageables pour la santé*", mais également "*de rendre la personne capable de gérer sa santé et sa vie*".

PARQUET P.-J.(1997) propose de différencier trois types de "*comportements de consommation de substances psychoactives*" : Les comportements de *dépendance* ; les comportements d'*usage nocif* ou d'*abus* qui concernent une consommation « *susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement* »; et les comportements d'*usage*, n'ayant pas de conséquences néfastes (tel l'usage modéré d'alcool en France); toutefois considéré comme "comportement à risque".

PARQUET P.J. (1997) propose une démarche selon trois axes pour la prévention:

« - *Prévenir l'initialisation de la consommation* ;

- *Mettre en œuvre une politique de réduction des dommages et des risques encourus par l'usage et l'abus;*

- *Empêcher l'évolution de l'usage vers la dépendance en tenant compte des déterminants et des facteurs de vulnérabilité et de protection.* »

L'action de prévention des comportements de consommation de substances psychoactives doit s'inscrire en cohérence dans "*un programme de prévention plus globale visant à rendre les personnes, les groupes et la société capable de gérer leur santé et leur vie.*"

La classification de PARQUET, P.-J. (1997) présente l'intérêt d'une centration sur la personne et son rapport à un produit plutôt que sur le produit en tant que tel.

Le rapport du professeur Roques, B. (1998) s'intéresse à la dangerosité des produits. Par dangerosité, il comprend les effets néfastes, susceptibles d'être concomitant à un usage de produits psychoactifs. Il construit une grille d'analyse dans laquelle il considère des critères à la fois physiques, psychiques et sociaux. Il aboutit à une classification des produits selon leurs dangerosités. Dans cette étude, l'alcool s'avère, avec l'héroïne, l'un des produits les plus dangereux. Le cannabis apparaît loin derrière tous les autres produits. La législation est considérée comme un facteur déterminant. Ainsi, la prohibition d'un produit peut avoir divers effets : soit limiter son accessibilité, soit constituer un risque juridico-policié pour la personne usagère, soit provoquer un risque sanitaire en empêchant le contrôle des produits de coupes utilisés dont certains peuvent être néfastes...

En 1999, la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) publie un « Plan Triennal de Lutte contre la Drogue et de Prévention des Dépendances » qui propose de s'intéresser aux problématiques de dépendances en général

et d'intégrer les dispositifs concernant le tabac, l'alcool et l'abus de médicament ; de développer une « culture commune » en organisant un dispositif d'observation et de recherche reconnu par tous les acteurs et en diffusant largement les résultats ; de développer la prévention en mobilisant et en formant tous les acteurs de terrain (parents, établissements scolaires, adolescents et jeunes adultes, fonctionnaires de police et de la justice, médecine de ville...). L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies), publie des études qui renseignent sur les pratiques de consommations et leurs évolutions.

Avec les effets de la politique de réduction des risques et de prévention liée au VIH, avec le développement des solutions médicalisées de substitution aux opiacées (Buprénorphine et Méthadone) et avec l'avènement d'une consommation de masse durable de Cannabis, les difficultés liées à l'usage de drogues se diversifient. Petit à petit le terme d'addiction, qui se réfère à des formes variées de pathologies du lien, est préféré à celui de toxicomanie, plus directement référencé à l'héroïnomanie. La circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, fusionne les dispositifs de soin en toxicomanie (CSST) et en alcoologie (Centre de Consultations Ambulatoire d'Alcoologie) dans un nouveau dispositif (CSAPA).

A partir de 2005, la MILDT expérimente la création d'un dispositif spécifique de « Consultations Jeunes Consommateurs » qui vise à tenir compte de la spécificité du public jeune et de ses consommations de substances psychoactives.

En ce qui concerne la prévention qui vise la jeunesse, ces évolutions ont permis de considérer les comportements de consommation de substances psychoactives dans le cadre plus global des processus adolescents et de ses conduites à risques.

Ainsi, les projets de prise en charge médico-sociale des personnes souffrantes de pathologies addictives ont pu se différencier des projets de prévention des ruptures du lien social. Des passerelles avec d'autres acteurs de la prévention (notamment la prévention spécialisée) ont pu alors s'envisager.

1.1.2 Histoire des PAEJ : de la prévention de la toxicomanie à la prévention des conduites à risques à l'adolescence.

En 1992, les associations spécialisées en Toxicomanie sont agréés comme Centre Spécialisé de Soins en Toxicomanie (CSST). Le plan gouvernemental qui suit recentre la politique de lutte contre la toxicomanie autour des soins et déplace la prévention du côté de

la prévention de la délinquance. Il propose la mise en place de « *lieux d'accueil et d'écoute et d'orientation des toxicomanes et de leurs familles* » avec une référence à la réduction des risques qui est en train de se développer en France.

En 1994, Le rapport STROHL-LAZARUS et la consultation nationale des jeunes organisée par le premier ministre M. BALLADUR déboucheront d'abord, sur la mise en place du «*Fil santé jeunes*», en février 1995 (accueil téléphonique, écoute anonyme et gratuite).

Puis, la *circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de dix à vingt-cinq ans*, signée par J. BARROT, Ministre du Travail et des Affaires sociales, en faisant disparaître la référence à la consommation de produits toxiques, se propose de donner un cadre aux expériences engagées le plus souvent en lien avec la politique de la ville, sur l'accueil de proximité pour les jeunes en difficulté et cible « *les situations de souffrance et de rupture vécues par les adolescents* ».

Une seconde *circulaire, n° 97/280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points écoute pour les jeunes et/ou parents*, signée par J.-C. GAUDIN, Ministre de l'Aménagement du Territoire, de la Ville et de l'Intégration, se différencie de la première en s'inscrivant dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie et en affichant la « *prévention de la toxicomanie et de la marginalisation* » comme un axe central. Une liste de 36 Points Ecoute « *implantés dans les quartiers en difficulté* » est jointe à la circulaire.

A partir de 1996, des petites structures d'accueil, d'écoute, de prévention et d'éducation à la santé ont ouvert partout en France, se référant tantôt à l'une, tantôt à l'autre. Par exemple celui de Marseille, dans les quartiers Nord a été créé en 1997 selon la seconde circulaire. Le projet principal consistait à offrir des espaces et compétences d'accueil dans la proximité pour les jeunes de 10 à 25 ans et leurs proches pour considérer leurs difficultés dans leur globalité et ainsi les aider à mieux appréhender les différents dispositifs d'aide et d'accompagnement. Un intérêt tout particulier était porté aux *comportements de consommation de substances psychoactives* (Rapport Parquet, OFDT, MILDT, 1997) et à *la souffrance psychique*.

En 1999, la RESSCOM (Recherches et Evaluations Sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires) publie pour le compte de l'OFDT une *Évaluation des Points écoute jeunes et/ou parents*.

En parallèle, ces dispositifs ont grandement évolué avec la clarification d'une politique de prévention des conduites addictives et d'une politique de prévention des conduites à risques en direction de la jeunesse. La structuration de la Mission Interministérielle de

Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), et la publication des Rapports Henrion, R (1995) sur la toxicomanie, Parquet P.-J. (1997) sur la prévention et Roques, B. (1998) sur la dangerosité des produits, ont concouru à une clarification du projet de prévention des conduites à risques à l'adolescence.

La Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes (dit PAEJ), largement inspirée par le rapport de la RESSCOM a abrogé les deux circulaires de 1996 et 1997. Selon cette dernière, « *Les points d'accueil et d'écoute jeunes constituent des formes d'intervention légères qui peuvent jouer utilement un rôle de proximité défini autour d'une fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à des situations de risque, et de leur entourage adulte.* »

Ce texte se réfère à la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, et notamment à l'article 71 portant sur l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins. Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) sont institués par cet article. Le texte précise : « *Ce programme est établi à partir d'une analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies. Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes.(...) Il s'attache à définir des actions pour lutter contre **les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion** sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels.* »

Ainsi, nous nous apercevons que ce dispositif vise une action de *proximité*. Cela signifie qu'il s'agit de se tenir au plus près de la réalité de la population visée (les jeunes de 10 à 25 ans) sur un territoire donné. Nous notons également que nous nous inscrivons ici dans la loi 98-657 de lutte contre les exclusions et donc dans le champ de l'intervention sociale même si il s'agit d'un projet d'accès à la santé.

A partir de 2010, dans le cadre de la Révision Générale des Politiques Publiques, la restructuration des services déconcentrés de l'état attribue la tutelle des Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes aux DDCS (Direction Départementale de de la Cohésion Sociale) ; alors que les actions développées dans le cadre du Programme Régional de Santé Publique

(PRSP puis Schéma Régional de Prévention) sont sous la tutelle de l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Les PAEJ, en effet, constituent un dispositif qui s'inscrit dans la lutte contre les exclusions d'un public fragilisé spécifique : les jeunes précarisés. La question de la Santé est abordée par son accès plus difficile, par la prise en charge du mal-être et de la souffrance psychique provoquées par cette fragilité, par la prévention des conduites à risques.

Ainsi, dans un projet de cohésion sociale, les PAEJ ont pour mission de faciliter l'accès des jeunes en difficulté aux dispositifs de prises en charge sanitaire et social. Ce rapide historique nous montre comment, au cours du temps, les politiques publiques oscillent entre séparation et articulation des offres sanitaires et sociales à destination des publics jeunes précarisés.

1.1.3 Des évolutions réglementaire en question

La Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 conditionne la mise en place d'un PAEJ à deux principes fondamentaux :

- « **Mobiliser en priorité les moyens existants de droit commun** »

« ... Sans préjudice des dispositifs plus spécialisés, il convient d'éviter de créer un réseau spécifique destiné à répondre à l'ensemble des besoins de ces seules personnes. Celui-ci serait peu incitatif à la mobilisation des dispositifs existants de droit commun qui disposent déjà des compétences voulues. Les moyens d'orientation et de prise en charge médicale et éducative classiques doivent être au contraire davantage mobilisés et adaptés aux caractéristiques des adolescents et jeunes adultes »

Il est énuméré dans le domaine de la santé : « *les établissements sociaux et de santé, de planification familiale, dispositifs proposés par les équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie générale (centres médicaux psychologiques (CMP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP)...* » et dans le domaine du social « *...les actions de soutien, de prévention, de protection, de prise en charge, de prévention spécialisée menées par les conseils généraux, et prévues aux articles L. 121-2, L. 221-1, L. 223-2, L. 227-1 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que dans les champs de l'insertion avec les missions locales (...), qui doivent renforcer la prise en compte des besoins psychologiques des jeunes, notamment en définissant un cadre d'intervention pluridisciplinaire en leur faveur. »*

- **Organiser un réseau unifié mais non spécialisé**

« Les PAEJ se situent en amont de toute intervention médicale ou sociale et excluent, dans leur enceinte, la thérapie, le soin médicalisé, l'échange de seringues, ou encore les prises en charge prolongées sous forme de suivi ou d'accompagnement social spécialisé. En revanche, ils sont en mesure de faire prendre rapidement le relais par des structures médicales ou sociales de droit commun. Ils ont vocation à accueillir notamment les jeunes qui adoptent une attitude de rejet ou de retrait. »

Ainsi, le PAEJ doit prendre en compte, dans la proximité, le jeune en rupture là où il en est pour l'aider à tisser des liens avec les dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale qui lui sont proposés. De ce fait les évolutions des textes législatifs qui régissent ces dispositifs entraînent l'évolution du positionnement et des missions des PAEJ.

Trois évolutions législatives majeures ont modifiés le contexte de l'action des Points Accueil et Ecoute Jeunes.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale précise que « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. (Art. L. 116-1. Du CASF) »

Elle affirme ainsi, l'importance de la *cohésion sociale* et la nécessité de considérer l'*usager* comme un citoyen à part entière. L'article L. 311-1 du CASF qui précise les missions évoque dans son point 1° « l'évaluation et la prévention des risques sociaux et médico-sociaux, l'information, l'investigation, le conseil, l'orientation, la formation, la médiation et la réparation » ; et dans son point 6° « les Actions contribuant au développement social et culturel. »

Les « droits des usagers » sont affirmés et garantis par des outils concrets. Avec la création du Conseil Supérieur des établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux; la loi 2002-2 impulse une dynamique partenariale. Cette dynamique se décline localement dans les schémas départementaux et régionaux qui ont vocation à s'engager collectivement dans l'évaluation des besoins, l'analyse de leur évolution et la proposition de priorités locales. Le but affiché est la complémentarité et la continuité de la prise en charge. Pour ce faire, des modalités de coordination, de coopération et de mutualisation sont autorisées. Sur le plan de l'organisation du secteur, le principe de l'*habilitation* est

institué. La stabilité des dispositifs s'en trouve renforcée et un système d'évaluation est clairement défini. Ainsi, la loi 2002-2 promeut plus de liens et de continuité entre le statut d'usagers du secteur social et médico-social et le statut de citoyen par l'affirmation des droits de l'utilisateur, l'ouverture des établissements et le partenariat, et la territorialisation.

A ce jour, cependant, les PAEJ ne sont pas mentionnées à l'article L-312-1 du CASF. Leur financement se fait donc toujours dans le cadre du système des subventions.

La loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale énonce les mesures mises en œuvre dans les domaines de l'Emploi, du Logement et de l'Egalité des Chances. Là où la notion de *Lutte contre les exclusions* considérait l'exclusion comme un fléau à combattre, la notion de *cohésion sociale* souligne l'effort nécessaire de tous pour renforcer le lien social. Il faut noter cependant que la *Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998* est une loi d'orientation alors que celle-ci est une loi de programmation. De ce fait, elle décline des mesures concrètes à des problèmes catégorisées et n'établit pas de liens entre dimensions différentes. Des mesures sont proposées pour faciliter l'accès à l'emploi des jeunes ; notamment au travers des Missions Locales et du développement des contrats d'apprentissage.

L'article L.311-10 du code du travail stipule : « *Dans le cadre de leur mission de service public pour l'emploi, elles (les missions locales) ont pour objet d'aider les jeunes de seize à vingt-cinq ans révolus à résoudre l'ensemble des problèmes que pose leur insertion professionnelle et sociale en assurant des fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement. Elles favorisent la concertation entre les différents partenaires en vue de renforcer ou compléter les actions conduites par ceux-ci, notamment pour les jeunes rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle et sociale, et contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre, dans leur zone de compétence, d'une politique locale concertée d'insertion professionnelle et sociale des jeunes.* ». Il est donc confié à la mission locale un rôle de coordination et de concertation.

Des mesures sont également prises pour soutenir les élèves en difficulté dans les zones urbaines sensibles au travers des *Programmes de Réussite Educative*.

Cependant la question des difficultés d'accès aux dispositifs d'aide et d'accompagnement pour les jeunes ne sont pas évoquées. Le lien entre le social et le sanitaire n'est pas considéré. Pourtant, comme le montre une étude régionale concernant la détresse

psychologique des 15-24 ans¹, la précarité est un facteur de vulnérabilité quant à la souffrance psychique des adolescents. Une autre étude² met en évidence une plus grande fragilité sociale, des inégalités de santé et d'accès aux soins pour les jeunes sortis du système scolaire.

La Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) a modifié l'organisation des services déconcentrés de l'Etat. C'est la dimension régionale qui est privilégiée. La Circulaire du 7 juillet 2008 relative à l'organisation de l'administration départementale de l'Etat, indique que la nouvelle organisation type pour chaque région se compose de :

- la direction régionale des finances publiques,
- la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF),
- la direction régionale de la culture (DRAC),
- la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL),
- la direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE),
- la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS),
- le rectorat d'académie,
- et l'agence régionale de santé (ARS).

A l'occasion de cette nouvelle organisation le secteur médico-social est sous l'autorité des ARS et le secteur social sous l'autorité de la DRJSCS.

Depuis 2010, les Point Accueil et Ecoute Jeunes dépendent de la DRJSCS au titre de la loi de lutte contre les Exclusions de 1998. Les ARS financent une partie de son activité dans le cadre de la politique de Santé Publique.

Ainsi, les PAEJ ont vocation à créer des liens entre le public des jeunes en difficulté et les offres d'aides sanitaires et sociales qui leur sont faites sur un territoire donné. Cependant, les dernières orientations législatives induisent une plus grande distance entre la dimension sociale et la dimension sanitaire dans la prise en compte de l'utilisateur. Les PAEJ, à l'interface du sanitaire, du social et de la proximité voit donc

¹ La détresse psychologique chez les jeunes de 15-24 ans en PACA. Résultats de l'enquête décennale santé. In *Repère Santé*, n°15 avril 2008

évoluer leurs places et leurs fonctions. Il est dorénavant nécessaire de délimiter plus clairement le champ d'intervention des PAEJ et leurs articulations avec les autres dispositifs.

Cependant, il convient de préserver la compétence d'accueil global de la personne car le public adolescent, et la question de la prévention des conduites à risques en particulier, nécessitent de considérer la personne dans sa dimension globale.

1.2 Adolescence et conduites à risques

1.2.1 Une approche psychologique : désir, limite et conduites ordaliques.

« *Tout ce que fait un adolescent, il le fait pour la première fois* ». Ce constat poétique de François Truffaut nous renvoie à la spécificité d'une période de l'existence où l'enthousiasme et l'angoisse se mêlent tant la soif de découvrir et de maîtriser le monde environnant est forte. Dans cette quête où il tente de savoir s'il est une victime ou un immortel, il se peut que l'individu se perde. Il ne peut faire autrement que de prendre des risques.

La notion d'adolescence est une notion moderne. En effet cette période de transition entre le monde des enfants et celui des adultes n'a cessé de s'allonger avec l'essor de notre civilisation. Les causes en sont multiples et complexes. L'allongement de la scolarité obligatoire et les difficultés d'insertion sociale sont des éléments de compréhension de ce phénomène.

Au sortir de l'enfance l'individu voit son corps se modifier. Physiquement, il ressemble de plus en plus aux adultes qui l'entourent. Il découvre en lui des *pulsions* qu'il ignorait jusqu'alors et qu'il ne comprend pas. Sa vie sexuelle commence. Ces changements sont si profonds qu'il ne sait plus très bien se définir. Il entre alors en quête; une quête dont sa vie dépend car c'est sa propre identité qu'il recherche. Et face à l'impuissance de ses parents il comprend très vite qu'il ne la trouvera que dans une lutte pour gagner son autonomie. Il se retrouve donc en confrontation avec les seuls repères dont il disposait jusqu'alors. Cette situation développe alors en lui un sentiment de culpabilité. Pour se définir il va chercher jusqu'où il peut aller et qui va lui poser ses limites. Dans sa démarche de remise en cause

² Etat de Santé, comportements, et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle. In *Pratiques et organisation des soins*, vol. 38 n°1, janvier-mars 2007

systématique, il interroge la règle. Il essaie de lui donner un sens en la transgressant. Il entretient alors une relation de fascination avec l'interdit. Il considère comme une affirmation de soi d'aller vérifier par lui-même si les barrières qu'on lui impose le protègent ou l'emprisonnent. Le risque devient alors un élément essentiel du plaisir de s'affirmer. C'est également sur ce mode qu'il se tourne vers le monde extérieur. Il critique systématiquement les valeurs de l'adulte et tente de recréer les siennes propres. C'est donc par rapport à l'autre qu'il tente de trouver qui il est. L'autre, auquel il se confronte avec l'espoir d'être reconnu ne reçoit pas toujours clairement le message et a plutôt tendance à se considérer comme agressé et à se mettre sur la défensive. C'est ici que se joue le nœud de la crise car au-delà de son identité propre, c'est de reconnaissance dont il a besoin. Il veut être estimé en tant qu'individu adulte en interdépendance avec ce qui l'entoure. Il est à la recherche d'un rôle ; il veut s'exprimer et être entendu. L'adulte est alors perçu, à la fois comme tortionnaire, tyran, maître, repère, miroir, exemple à suivre et/ou à ne pas suivre. La *limite* à laquelle il se confronte le définit lui-même et il gère tant bien que mal une crise avec ses douleurs, ses émotions, ses angoisses, ses espoirs et ses révoltes.

Dès le début de la psychanalyse, FREUD, S. (1905) identifie l'existence d'une tension entre la *pulsion* individuelle à assouvir et la réalité sociale et matérielle à laquelle nous sommes confrontés. A la tension entre principes de plaisir et de réalité succède celle entre *pulsion de vie* (Eros) et *pulsion de mort* (Thanatos) qu'il considère plus opérante. En ce qui concerne l'adolescent, cet équilibre à trouver entre fantasme et réalité, entre imagination et action concrète demeure l'un des enjeux importants.

Aux premiers jours de l'existence, l'enfant entretient avec sa mère une relation fusionnelle. Il croit que sa mère est une partie de lui-même. LACAN, J. (1966) décrit *le stade du miroir* pour rendre compte de la première étape de l'*identification*. C'est à ce moment que l'enfant découvre qu'il y a *un Autre* et donc qu'il existe lui-même en tant qu'individu. En même temps, il ne peut se reconnaître qu'à travers l'image de l'autre (le miroir). Cette expérience est si douloureuse qu'elle est à l'origine de la notion de *désir*. POSTIC, M. (1979) décrit ainsi le *désir* selon LACAN, J : « *Le désir n'est pas un simple appel à l'Autre ; il s'enracine dans l'imaginaire du sujet, c'est-à-dire dans le rapport narcissique du sujet à son moi ; il est désir de faire reconnaître par l'Autre son propre désir.* ». La notion de désir alimente une réflexion sur le manque, l'aliénation et donc la dépendance et introduit ainsi la notion de *limite*.

Notons l'importance du *tiers* dans la relation entre la mère et l'enfant. La *fonction symbolique du père*, permet de signifier que la fusion entre la mère et l'enfant n'est plus envisageable. Par ailleurs, comme le souligne DUPAS, R. (1998) : « *L'identification au*

père, autorité interdictrice auquel l'enfant délègue, par la toute-puissance de ses pensées, un pouvoir sans limites qui protège et qui punit, cohabite avec les identifications primaires (attachement à la mère, ambivalence d'amour et de haine à l'égard du père). » Le corps social, en introduisant la notion de loi soutient ainsi cette fonction symbolique.

Comme le précise VALLEUR, M. (1994), « *les psychologues vont souvent recourir, de façon généralement implicite, à une métaphore initiatique pour rendre compte de la spécificité des problèmes d'adolescentes : se regrouper en bande, s'imposer des épreuves, voire des mutilations, transgresser les règles, deviennent des formes actuelles de rites de passage réinventés, faute de formes valides d'initiation au monde des adultes, par les jeunes eux-mêmes.* » La notion de *conduite ordalique* tente de décrypter des conduites qui consistent à s'engager de façon répétée dans des situations dangereuses. Celles-ci sont vécues comme des épreuves voire comme « *une quête de fondement de la Loi* ». Sur cette question, KEIGHAN, S. (1992) tente de définir des *indices ordaliques*.

« Cet indice viserait à établir une graduation entre les conduites les plus délibérément et activement « risquées », et d'autres à valeur de maîtrise ou de sacrifice. Il est évident que dans la diversité des cas rencontrés, à l'intérieur des mêmes catégories, il pourrait aussi distinguer des sujets plus ou moins « ordalisants », dans le même cadre d'une forme d'addiction. Les éléments à prendre en compte seront :

- La conscience chez les sujets des prises de risque, au sens du risque possiblement mortel, et non différé, associé à une perception de ce risque comme épreuve positive, ou héroïque.*
- La coexistence de secteurs différents de prises de risque : par exemple, risques liés à la vitesse dans la conduite de véhicule et risque de surdose dans l'emploi de substances psychotropes.*
- Les accidents physiques, les hospitalisations, sont des indicateurs objectifs de ces conduites.*
- L'existence d'une dimension consciemment, ou volontairement transgressive, sinon d'un engagement dans le champ de la délinquance.*
- Enfin, l'adhésion à des croyances « animistes » en la chance ou superstition.»*

L'adolescence est un processus de construction d'un individu social inscrit dans une culture donnée. Comme tout processus de changement et de transition dynamique, l'incertitude induit des risques, y compris celui de devenir Adulte.

Nous devons donc constater que la rencontre de l'adolescent à propos du risque ne peut se faire sans tenir ensemble les dimensions individuelles, sociales et culturelles.

1.2.2 Une approche sociologique et anthropologie : anomie, déviance et rite de passage

Dès l'origine de la sociologie, DURKHEIM, E. (1897) introduit le concept d'*anomie*. GRAWITZ, M (1996), l'interprète de la façon suivante : « *une rupture de la solidarité, une rupture également entre les désirs des hommes et la possibilité de les satisfaire conformément aux lois. Cette notion implique une absence d'intégration de l'individu dans la société* ». Etymologiquement, l'*anomie* désigne l'absence de lois. GERVAIS, Y(1994) rappelle que DURKHEIM considère trois catégories de suicides : le suicide « égoïste » dont les causes sont psychologiques ; le suicide « altruiste » uniquement rencontré en situation de guerre; et le suicide « anémique ». Cette troisième catégorie « *touche les personnes qui ne sont pas perturbées psychologiquement, mais qui sont affectées par la désorganisation sociale* ». (GERVAIS, Y. (1994)). MERTON, R.-K. (1953) introduit la notion d'*anomia* pour désigner la part d'anomie dont les individus sont eux-mêmes porteur. La personne porteuse d'*anomia* va participer à l'augmentation de la désorganisation sociale, et ainsi renforcer la situation anémique.

Ces notions soulignent l'interaction complexe qui existe entre les symptômes sociaux collectifs et les symptômes psychosociaux individuels.

MERTON, R.-K. (1953) propose une « théorie anémique de la déviance » qui met en relation les aspirations de chaque membre d'un groupe et les manières acceptables d'obtenir ce qu'il désire. Il envisage une typologie basée sur le rapport qui s'établit entre buts poursuivis et moyens de les atteindre. Celle-ci désigne cinq *rôles* que peut jouer l'individu dans la société qui sont également quatre modes d'adaptation et un d'inadaptation.

Le *conformisme* correspond à l'individu qui adhère aux buts culturels de la société et aux moyens qu'elle propose pour y parvenir.

L'*innovation* correspond à une adhésion aux buts culturels mais à un rejet des moyens proposés.

Le *ritualisme* met l'accent sur les moyens socialement admis mais sans se tenir aux buts culturels.

L'*évasion* consiste à adopter une position de retrait et à refuser les buts et les moyens proposés.

La *rébellion* procède du même rejet des buts et des moyens proposés avec, en plus, le remplacement par d'autres buts et moyens.

La déviance « désigne les comportements (individuels ou collectifs) qui, s'écartant de la norme, créent des dysfonctionnements et donnent lieu à une sanction. » (FERREOL, G. et all. ; 1995). Ainsi, nous pouvons nous interroger sur ce qui définit l'acte déviant. BECKER, H. (1985) précise : « Le déviant est une personne à laquelle cette désignation a été appliquée ; le comportement déviant est un comportement que les gens désignent ainsi ». L'accent est mis ici sur ce que BECKER, H. appelle l'étiquetage. Ce ne sont pas les actes et les comportements qui sont déviant en soi. Un comportement donné sera considéré comme déviant dans une société donnée par les groupes sociaux qui détiennent le pouvoir. Le statut de déviant sera le résultat d'une *stigmatisation* des groupes non-déviantes et d'une identification de la personne déviante à ce statut.

Ainsi, en ce qui concerne le processus adolescent, la nocivité des risques que l'individu prend, dépendra du jugement porté par l'environnement. Selon l'importance accordée par le groupe social à ce risque, il sera, pour l'individu, un élément de stigmatisation, de socialisation ou encore d'affirmation. Ainsi nous pouvons remarquer que l'éradication de la déviance ne peut être envisagée puisqu'elle est constitutive de la société même. Cette dernière définit ses propres déviances pour se conserver. BOUMARD, P (1999) exprime ainsi la différence entre le *paradigme normatif* et le *paradigme constructiviste* : « D'un côté, c'est la norme qui préexiste aux comportements des individus, et le « pédagogique » se réduira à des tactiques de réduction et récupération (ou exclusion) des déviants; de l'autre, la norme et la marge s'élaborent solidairement dans les interactions productrices du sens social, définissant ensemble la forme sociale.»

Considérons à présent l'éclairage anthropologique et ethnologique en interpellant la notion de *mythe*. LEVI-STRAUSS, C. (1958) considère les *mythes* « comme une forme d'explication du monde exprimant certaines structures de la société ». A l'origine de l'anthropologie, dans le cadre des théories évolutionnistes, les mythes étaient considérés comme « l'expression d'une recherche d'explication du monde et la manifestation d'une pensée primitive » (GERVAIS, Y, 1994). Ensuite les mythes ont été considérés comme remplissant une fonction de justification des croyances et des pratiques et non plus d'explication. Le mythe ne faisait alors que refléter l'organisation sociale qu'il convenait alors d'étudier. L'anthropologie structurale de LEVI-STRAUSS, C souligne comment le mythe établit un lien entre le réel et le surnaturel en interrogeant la question des origines. Par leurs intermédiaires, les *catégories* fondamentales (homme-femme ; bien-mal...) s'inscrivent dans la culture et structurent la société. « L'initiation qui va faire de l'enfant

un adulte, est d'abord et surtout l'initiation aux mythes de la société à laquelle il appartient » (GERVAIS, Y, 1994).

Lorsque nous nous intéressons plus particulièrement à la problématique des adolescents en difficulté, cette réflexion sur le *mythe* prend une dimension singulière. En effet, la question psychologique de l'*identité* peut alors être croisée avec la question anthropologique des *origines*. Une réflexion peut alors s'engager sur la question de l'*initiation*, de la confrontation de *mythes* opposés et de l'absence de *mythes*.

En corollaire de la question de l'*initiation* et des *mythes*, nous pouvons considérer la notion de *rite de passage*. GENDREAU, J. (1999) rappelle l'utilisation de cette notion par VAN GENNEP, A. (1909) pour envisager le processus de transition du statut d'enfant au statut d'adulte. Il souligne également la nécessité de mythes communs, de références communes, de valeurs communes à transmettre. « *La prolifération de repérages ne permet pas de se repérer clairement* » (GENDREAU, J. (1999)).

Par ailleurs, pour qu'il y ait passage du statut d'enfant à celui d'adulte, il faut absolument l'intervention d'adultes qui se considèrent comme tel.

En considérant l'apport de la sociologie à notre questionnement, nous remarquons que nous nous situons au point de rencontre entre l'individu, la société et la culture. La question de l'identité fait écho à celle de la place d'un individu dans une société et de l'intégration de la norme. Nous nous trouvons bien là au cœur de la problématique de l'adolescent qui doit se construire comme individu singulier appartenant à un corps social.

Ces éclairages nous permettent de mieux comprendre ce que nous pouvons mettre en place pour soutenir et à accompagner ce « passage au statut d'adulte ». Les PAEJ accueillent des jeunes en souffrance psychique, dans un contexte social défavorisé, sur des territoires parfois marqué par des normes et des valeurs très spécifiques. Le processus adolescent naturel peut, dans ces conditions, comporter des risques sanitaires et sociaux importants.

1.2.3 L'adolescent en interaction avec son environnement : une nécessaire prise en compte

L'évolution du discours des spécialistes et des prescripteurs sur les questions de prévention et d'adolescence reflète l'évolution sociale et culturelle. Pour Gilles DELEUZE (1990), les « *sociétés disciplinaires* » décrites par M. FOUCAULT où « *l'individu ne cesse*

de passer d'un milieu clos à un autre, chacun ayant ses lois : d'abord la famille, puis l'école, puis la caserne, puis l'usine, de temps en temps l'hôpital, éventuellement la prison » ; cèdent peu à peu la place à des « sociétés de contrôle ». Il appuie son discours sur le constat d'une « crise généralisée de tous les milieux d'enfermement » autrement nommés « institutions » (famille, école...). Celles-ci étant inexorablement vouées à disparaître, « il s'agit seulement de gérer leur agonie et d'occuper les gens, jusqu'à l'installation de nouvelles forces qui frappent à la porte. » Dans les sociétés de contrôle, « la famille, l'école, l'armée, l'usine ne sont plus des milieux analogiques distincts qui convergent vers un propriétaire, Etat ou puissance privée, mais les figures chiffrées, déformables et transformables, d'une même entreprise qui n'a plus que des gestionnaires ». G. DELEUZE, s'appuyant sur les évolutions observées dans les divers institutions souligne le passage de l'idée de moules à celle de modulation.

L'adolescent se retrouve donc pris dans un processus de transformation sociétal qui le dépasse et qui concerne tout autant le monde adulte.

La question des conduites à risques renvoie à l'évaluation du risque et à la mesure de la nocivité et donc à la notion de Santé. L'Organisation Mondiale de la Santé, lors de la Conférence Internationale Alma-Ata, UNICEF, en 1978 a défini la santé comme : « un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. » La santé semble donc désigner un état, à un moment donné. Elle concerne une personne singulière et se réfère à une norme.

CANGUILHEM, G. (1966) a montré comment, associée à une valeur particulière, la norme s'institue en référence soit à une moyenne d'où l'on s'écarte plus ou moins ; soit à un idéal duquel il convient de s'approcher le plus possible. BOUMARD, P (1999) rappelle que « Le normal est toujours second par rapport à l'écart. » et reprend la distinction de CANGUILHEM, G. (1966) entre l'anormal et l'anomal. L'anomalité étant « l'écart par rapport à une règle (norme) instituée ou construite localement » (B, JABIN; M.-P.de MIRAS(1995))³. Ainsi, l'anomalie révélerait la norme en s'en écartant. Alors que le pathologique serait « une déformation du normal qui s'institue en règle » (FOSSE, H.; ACCARDI, J.; DUFRENE, A. (1999)). Ainsi, pour l'individu, « Il n'y a pas d'humain dans la norme. En revanche, elle vient de l'imaginaire de l'humanité, par opposition à la bestialité. » (FOSSE, H.; ACCARDI, J.; DUFRENE, A. (1999))⁴.

³ Dans Boumard(1999)

⁴ Dans Eymard,C. ; Vial,M.(1999)

ILLICH, I. (1988), quant à lui, définira “*L’état de santé*” comme : « *le niveau d’autonomie avec lequel l’individu s’adapte aux conditions de son environnement, tout en s’engageant dans le changement de ces conditions pour rendre son adaptation plus effective* »⁵. Cette vision de la santé peut nous être utile pour appréhender les adolescents en rupture qui n’accèdent pas aux offres d’aide qui leurs sont proposés. En effet, elle nous permet de considérer l’adolescent comme un *acteur* doué de *stratégie*. CROZIER, M. (1979) définit la *stratégie* comme l’*“utilisation de moyens dans le but de gagner dans un jeu donné, compte tenu du comportement des divers partenaires”* ; et l’*acteur* comme *“un agent autonome qui est capable de calculs et de manipulations et qui s’adapte et invente en fonctions des circonstances et des mouvements de ses partenaires”*. Nous reconnaissons alors à la personne une intentionnalité et à la situation une singularité. L’individu poursuit un objectif et est animé par un intérêt personnel. Il est toujours question d’un désir de maîtriser une multiplicité de facteurs influençant la situation dont l’élément humain qui vient nécessairement induire la multiplicité des possibles. La notion de *stratégie* suppose donc des prises de décisions.

Nous considérons donc la situation de l’adolescent au travers d’une lecture multi-référentielle préconisée par Jacques ARDOINO (1980)⁶. En effet, la psychologie, la psychologie sociale, la sociologie et l’anthropologie nous éclairent sur l’adolescent. Nous considérerons donc, dans ce qui suit, l’adolescence comme un processus individuel et collectif qui amène l’enfant à se considérer et à être reconnu comme un adulte-citoyen appartenant au corps social. Ainsi, nous utiliserons le terme adolescent sans limite d’âge.

Ainsi, pour prendre en compte l’adolescent en difficulté qui ne parvient pas à accéder aux dispositifs d’aide qui lui sont proposé il convient d’agir pour :

- **Définir des normes à affirmer et des valeurs à promouvoir ;**
- **Identifier les anomalies à déceler et à traiter ;**
- **Mais aussi, alimenter et encourager chez l’adolescent une réflexion dynamique visant à lui donner les moyens de définir pour lui-même ce qui est bon pour lui.**

⁵ Dans Bury, J. ; 1988, pp27-36

⁶ ARDOINO, J. Propos actuels sur l’Education III, *Education et relation : introduction à une analyse plurielle des situations éducatives*, Paris, 1980

1.3 De l'accueil à la prise en compte des jeunes en ruptures

1.3.1 Limites des dispositifs de droit commun

Le projet de prévention nous invite à intervenir avant que les difficultés ne surviennent ou ne s'enveniment. La prévention a également la particularité de s'adresser à un public qui n'est pas en demande d'aide ou de traitement de ses difficultés. La prévention des conduites à risques à l'adolescence concerne donc tous les adolescents en général sur un territoire donné.

Il convient donc d'envisager :

- d'une part ; ce que nous pouvons proposer à tous les adolescents pour accompagner le processus adolescent, dans une démarche d'éducation à la santé;
- et d'autre part ; ce que nous pouvons mettre en œuvre pour certains afin de favoriser et faciliter l'émergence d'une demande d'aide, dans une démarche d'accès aux droits et aux soins.

Il est important de tisser des liens entre ces deux projets afin d'atténuer les effets de stigmatisation des personnes en difficultés. Nous savons que la population des « *Jeunes de quartiers populaires* » éveille de nombreuses représentations sociales caricaturales. Ces dernières se surajoutent aux représentations dont font l'objet les personnes en situation de souffrances psychiques, de précarité ou de handicap.

Dans le contexte d'une action préventive qui touche la jeunesse des quartiers à forte précarité, il est donc important d'agir de manière coordonnée et cohérente :

- en direction de la population générale,
- sur l'environnement
- et en direction du public en souffrance qui n'accède pas à l'aide proposée.

Il convient donc d'identifier et de délimiter clairement les possibilités d'accueil et de prise en compte :

- du secteur des services publics qui s'adressent à tous dans les champs de l'éducation, de la santé, de la sécurité ;
- du secteur de la prise en charge sanitaire et sociale spécialisée.

Dans le domaine des services publics, la prise en compte des jeunes en difficultés se détermine par le niveau de formation à la fin de la scolarisation d'une part ; et par la capacité d'accès à l'emploi d'autre part.

A) - La lutte contre l'échec scolaire des moins de 16 ans :

La loi L. n° 2005-380 du 23-4-2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école réaffirme la mission de l'Education Nationale autour de l'acquisition pour tous de connaissances et de compétences constituant un socle commun. Pour pallier aux difficultés individuelles l'article. L. 311-3-1 du code de l'éducation stipule « À tout moment de la scolarité obligatoire, lorsqu'il apparaît qu'un élève risque de ne pas maîtriser les connaissances et les compétences indispensables à la fin d'un cycle, le directeur d'école ou le chef d'établissement propose aux parents ou au responsable légal de l'élève de mettre conjointement en place un programme personnalisé de réussite éducative.»

En parallèle, la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale institue les dispositifs de réussite éducative qui « mènent des actions d'accompagnement au profit des élèves du premier et du second degré et de leurs familles, dans les domaines éducatif, périscolaire, culturel, social ou sanitaire(...). Les dispositifs de réussite éducative s'adressent prioritairement aux enfants situés en zone urbaine sensible, ou scolarisés dans un établissement relevant de l'éducation prioritaire.»

Par des accords entre collectivités locales et services de l'état, ces dispositifs permettent une prise en charge coordonnée des élèves décrocheurs et soumis à l'obligation scolaire par les différents services éducatifs, sanitaire et sociaux.

Au-delà de l'âge de la scolarité obligatoire, le Code de l'Education précise en son Article L. 313-7 « Afin d'apporter, sans délai et dans un cadre coordonné entre acteurs de la formation et de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, des solutions de formation, d'accompagnement ou d'accès à l'emploi aux jeunes sortant sans diplôme du système de formation initiale, chaque établissement d'enseignement du second degré, (...), et chaque centre de formation d'apprentis ou section d'apprentissage transmet (...) à des personnes et organismes désignés par le représentant de l'État dans le département ainsi qu'à la mission locale pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes (...) les coordonnées de ses anciens élèves ou apprentis qui ne sont plus inscrits dans un cycle de formation et qui n'ont pas atteint un niveau de qualification fixé par voie réglementaire.»

Et à l'Article L. 313-8 « Le service public de l'orientation tout au long de la vie et tous les organismes qui y participent s'organisent au plan régional et local pour permettre à tout jeune âgé de seize à dix-huit ans sorti sans diplôme du système de formation initiale et sans emploi de se réinscrire dans un parcours de formation, d'accompagnement ou d'exercer une activité d'intérêt général lui permettant de préparer son entrée dans la vie active.»

B) L'accompagnement à l'emploi des jeunes de 16 à 25 ans

La loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale inscrit les Missions Locales dans le code du travail à l'article L. 311-10-2 : « *Des missions locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes peuvent être constituées entre l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics, des organisations professionnelles et syndicales et des associations. (...) Dans le cadre de leur mission de service public pour l'emploi, elles ont pour objet d'aider les jeunes de seize à vingt-cinq ans révolus à résoudre l'ensemble des problèmes que pose leur insertion professionnelle et sociale en assurant des fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement. Elles favorisent la concertation entre les différents partenaires en vue de renforcer ou compléter les actions conduites par ceux-ci, notamment pour les jeunes rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle et sociale, et contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre, dans leur zone de compétence, d'une politique locale concertée d'insertion professionnelle et sociale des jeunes.* »

Ce sont donc les Missions Locales qui ont la charge d'accueillir de manière globale les jeunes de plus de 16 ans dont les difficultés empêchent l'accès à l'emploi. Il est précisé à l'article L. 322-4-17-1 que : « *Toute personne de seize à vingt-cinq ans révolus en difficulté et confrontée à un risque d'exclusion professionnelle a droit à un accompagnement, organisé par l'Etat, ayant pour but l'accès à la vie professionnelle.* ». Un "contrat d'insertion dans la vie sociale" offre un accompagnement renforcé pour « *Toute personne de seize à vingt-cinq ans révolus, dont le niveau de qualification est inférieur ou équivalent à un diplôme de fin de second cycle long de l'enseignement général, technologique ou professionnel ou n'ayant pas achevé le premier cycle de l'enseignement supérieur et rencontrant des difficultés particulières d'insertion sociale et professionnelle* ».

Ainsi, ce sont l'Education Nationale et les Missions Locales qui ont la charge d'assurer à tous les droits à la formation et à l'emploi. Pour ce faire, ces institutions ont développé comme champs d'expertise, le développement de connaissances et de compétences d'une part ; et l'accès à l'emploi d'autre part. Pour considérer les difficultés particulières de la frange de population qui n'accède pas à ces droits, elles développent des partenariats avec des dispositifs publics de prise en charge plus spécialisés.

1.3.2 Les secteurs sanitaire, social et médicosocial : écueil de la spécialisation

C'est le secteur social et médico-social qui a la charge de favoriser l'accès à l'éducation, à la formation et à l'emploi des enfants et adolescents rencontrant des difficultés particulières.

A) Le secteur du handicap

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définie dans l'article L. 114-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, comme *handicap* : «*toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

Il existe une population d'enfants et d'adolescents connaissant de grandes difficultés à *participer à la vie en société* sans pour autant relever clairement du handicap. *Le Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques* décrit le public des ITEP comme «*des enfants, adolescents et jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement perturbent gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants se trouvent de ce fait, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des prestations conjuguées* ». Ce texte souligne la nécessité d'une prise en charge *interdisciplinaire* et envisage, au travers de l'expression *processus handicapant* une réversibilité possible.

B) La protection de l'enfance

Sur le plan social, *la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance* définie, à l'article L. 112-3 du CASF, la mission de la protection de l'enfance ainsi : elle «*a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs.(...) Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.* »

L'article L. 112-4 précise : *«L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant.»* Ainsi, la protection de l'enfance vise une action préventive pour soutenir les parents dans leur *responsabilité éducative* et prendre l'enfant en charge si nécessaire dans une prise en compte globale *de ses besoins fondamentaux*.

Les services de prévention spécialisée interviennent dans ce cadre au plus près des jeunes et de leurs familles. Leur mode d'intervention sociale présente les spécificités définies par *l'arrêté interministériel du 4 Juillet 1972 relatif aux clubs et équipes de prévention spécialisée*. La *libre adhésion* est le principe de la rencontre avec le jeune. La relation se construit à partir de la demande du jeune. Le *non-mandat* implique l'absence de désignation administrative ou judiciaire des personnes. Le *respect de l'anonymat* signifie que la structure garantit la confidentialité des informations détenues à propos du jeune, y compris son nom, dans les limites prévues par le code pénal (L 434-3 ; L 223-6 ; L 226-13/14) et le CASF (L 221-6).

C) Le secteur spécialisé en addictologie

La Circulaire du 23 septembre 2004 relative à la mise en place des consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille définit le service qui doit être proposé au public jeune. *« Ces consultations doivent permettre une meilleure prise en compte des demandes des jeunes et de leur entourage en difficulté avec cette consommation et en facilitant l'accès à des professionnels, favoriser une évaluation de leur situation et les aider »*. Le cahier des charges précise qu'il convient d' *« Apporter une réponse aux demandes des jeunes en difficulté avec les consommations de produits(...). Prévenir les risques associés aux consommations. Prévenir et prendre en charge l'usage nocif. Améliorer l'information sur les risques associé »*. Elles doivent garantir *« un accès facile, de par leur implantation géographique et leurs horaires, qui doivent permettre la fréquentation des jeunes scolarisés ; l'anonymat et la gratuité ainsi qu'une simplification maximale des formalités d'accueil ; un cadre confidentiel ; une information et des interventions de qualité, en permanence mises à jour au vu des résultats les plus récents de la recherche scientifique. »* La rencontre et la prise en charge proposée par ce dispositif se construit à partir des difficultés exprimées par le jeune et sa famille quant à la *consommation de substances psychoactives*. Il est souligné l'importance à donner à la facilitation de l'accès et à l'accueil.

D) Le secteur sanitaire

On distingue la pédiatrie des services médicaux pour adultes. Du côté de la santé mentale, le Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique autorise la psychiatrie générale adulte à s'occuper des individus de plus de 16 ans. La Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents précise "Le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique fixe à 16 ans la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale. En revanche, il ne délimite pas précisément la tranche d'âge des enfants et adolescents auxquels les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile offrent des soins et services. Aussi, il importe que la pratique psychiatrique sache utiliser au mieux cette souplesse offerte par les textes, afin d'adapter ses réponses tant individuelles qu'institutionnelles, en sachant qu'il fait partie intégrante de la mission des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de répondre aux besoins de santé mentale des adolescents, quel que soit leur âge".

Compte-tenu de la nature transitoire du processus adolescent, il est en effet difficile de déterminer définitivement un âge à partir duquel il faudra traiter la personne comme « adulte » ou comme « enfant ». La latitude donnée aux soignants semble ici pertinente. Cependant, avant le soin, il y a l'accès aux soins. Outre les difficultés naturelles des adolescents à formuler une demande d'aide et les freins provoqués par des représentations sociales liées à la psychiatrie qui demeurent très stigmatisantes ; cette indétermination rend parfois difficile l'accueil et l'orientation pour les acteurs eux-mêmes et leurs partenaires.

Ainsi, des services de pédopsychiatrie spécialisés pour adolescents ont vu le jour. Il reste toutefois très difficile pour un très jeune adulte (de 18 à 25 ans) de trouver sa place en psychiatrie adulte.

Pour améliorer cette situation, la circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de Maisons Des Adolescents mobilise des moyens sanitaires pour :

- « 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).»*

Il est précisé « *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.»*

Les dispositifs spécialisés proposent aux adolescents des réponses aux difficultés repérées et catégorisées dans le cadre institutionnel de leur secteur d'appartenance. Les Points Accueil et Ecoute Jeunes offrent des services de proximité pour permettre aux adolescents et à leurs proches, confrontés à des situations de crise, de se repérer dans la diversité des réponses construites qui leur sont accessibles.

1.3.3 La proximité : mission spécifique des PAEJ et enjeu de cohésion sociale

Marc Leray⁷ (2012) propose de parler de « *Continuum d'accueil et d'accompagnement des jeunes de la prévention aux soins* ». Il précise « *Le continuum, ça concerne plus les acteurs que les jeunes qui, au final, font ce qu'ils veulent et c'est très bien comme ça. Ils se servent (ou pas) de nous pour ce qui les intéressent, et leur intérêt, s'il peut être matériel, financier n'est pas l'essentiel de ce qu'ils cherchent. Ce qu'ils cherchent fondamentalement c'est de pouvoir parler, au sens d'être écouté par des adultes qui redeviennent crédibles à la mesure de cette écoute : à savoir, l'espace concret que les professionnels créent pour que les jeunes puissent s'exprimer.* »

Il défend la richesse de la diversité des acteurs dans la proximité et met en garde contre la tentation du guichet unique : « *Le guichet unique, si l'on espère qu'il peut rationaliser les dépenses, il défait à coup sûr le lien social en le centralisant au lieu de le démultiplier dans la proximité du quotidien des personnes. Laisser penser qu'un lieu pourrait répondre à tout : à la fois du social et du sanitaire, produit de la confusion et défait le processus même de la cohésion sociale qui repose sur la diversité et la complémentarité des acteurs»*

⁷ Marc Leray – **Continuum d'accueil et d'accompagnement des jeunes de la prévention aux soins**, « Considérer la jeunesse » Séminaire ANPAEJ - Paris – 25 juin 2012

En effet, la complémentarité, la cohérence des acteurs, n'est possible qu'en rendant lisible les différences et particularités de chacun d'entre eux.

Pour figurer les différences et complémentarités des divers dispositifs spécialisés qui s'adressent aux jeunes, il propose deux schémas.

Schéma 1 :



PAEJ - CJC – MDA
Conceptualisation des différences et complémentarités
Figuration des articulations

L'organisation sociale découpe **trois champs** qui ont chacun leur **logique d'action** qui vont du **général au spécialisé** :

1. **Social** : accès au lien social : logique discontinue, ouvrant des interstices qui questionnent les choix de chacun.
2. **Médico-social** : accès à la santé thématique : Logique cherchant à favoriser l'articulation médico-sociale.
3. **Sanitaire** : accès aux soins spécialisés, à la santé somatique et psychique : Logique de continuité qui assujetti chacun à une place pour l'efficacité du traitement.

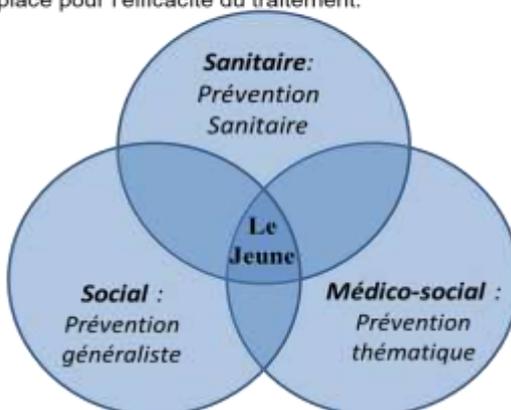
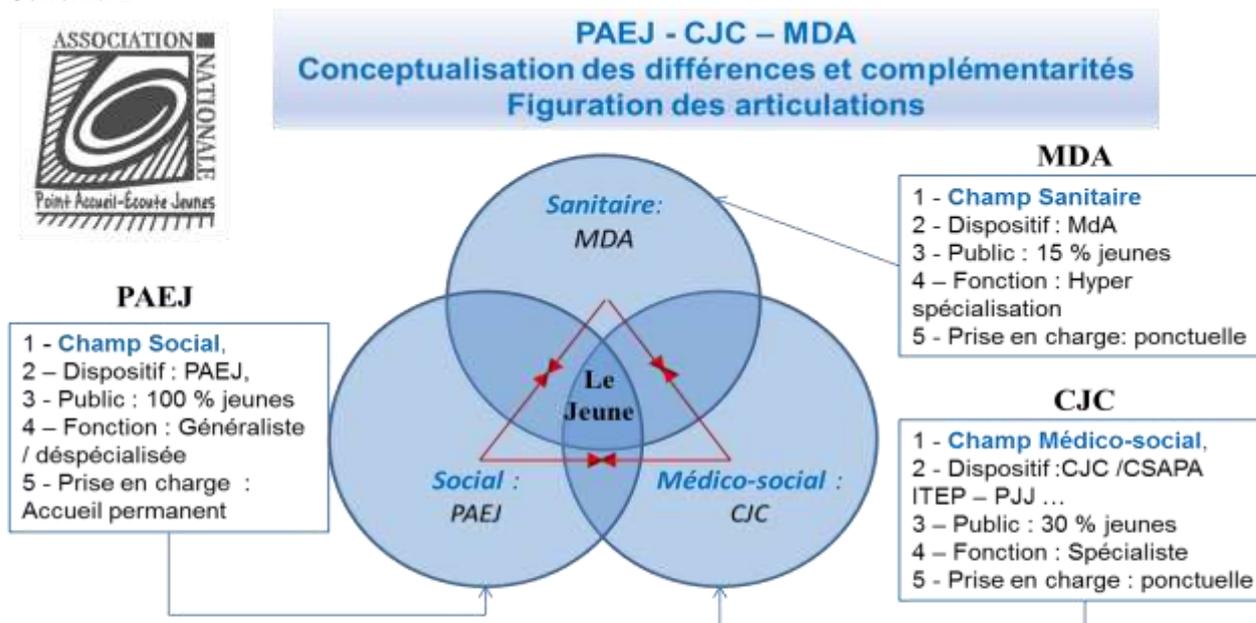


Schéma 2 :



La réalité se construit par l'articulation de différents niveaux du lien social :

1. **La qualité du lien social** dépend de la façon dont se **nouent** ces 3 champs : réalité sociale.
2. **Le bien être** (la « santé » au sens de l'OMS) : suppose la capacité de chacun à pouvoir accéder à ces 3 champs : réalité individuelle.
3. **La cohésion sociale** résulte autant de la façon dont chacun trouve à **s'inscrire** parmi les autres, que de la façon dont les autres peuvent **accueillir** la singularité de chacun : réalité collective.
4. **Le politique** doit penser l'organisation d'ensemble de façon à la **rendre accessible** à chacun selon ses propres besoins : réalité politique.

Nous sommes tous à la recherche d'une « Méthode » qui mettrait en évidence des procédés reproductibles quel que soit les facteurs contextuels et humains. Mais, dans la « vraie vie », nous devons conjuguer comme nous le pouvons la notion de « stratégies » qui anime l'acteur dans toute sa singularité. Le technicien efficace et compétent restera celui qui maîtrise suffisamment ses outils et ses procédés pour s'autoriser à créer de nouvelles « façons de faire » face à la situation réelle. Avec Edgar Morin, nous affirmerons que « *Le choix n'est donc pas entre le savoir particulier, précis, limité et l'idée générale abstraite. Il est entre le deuil et la recherche d'une méthode qui puisse articuler ce qui est séparé et relier ce qui est disjoint.* » E.MORIN(1977)

Pour accéder aux dispositifs de traitement sanitaires et sociaux, il convient d'accompagner les adolescents et jeunes adultes, pris dans l'*impatience* de leurs difficultés quotidiennes, vers les conditions de l'acquisition des capacités et compétences minimales pour devenir suffisamment *patient* pour être pris en charge.

Il s'agit donc d'organiser les conditions de l'accueil de la *complexité humaine* pour permettre de dégager les problèmes concrets qu'il convient de traiter spécifiquement.

Nous avons vu comment, au cours du temps, les politiques publiques cherchent à circonscrire les difficultés des populations et à construire des réponses concrètes. Nous

avons vu comment certaines situations d'adolescents, dans certains contextes, se sont complexifiées.

Les PAEJ affirment aujourd'hui leur rôle de proximité et de cohésion sociale par leur capacité à créer des liens. En effet, dans la proximité, en consacrant des moyens pour accueillir et prendre en compte la situation globale des jeunes en rupture, il semble que les PAEJ leur permettent de se resituer, et ainsi, de les rendre apte à tisser de nouveaux liens.

Ainsi, il ne s'agit pas, pour les PAEJ, de répondre à tout où de se substituer aux dispositifs de prise en charge mais :

- **de prendre en compte la spécificité complexe des jeunes en rupture sur un territoire donné ;**
- **et de permettre de favoriser les liens avec et entre les diverses offres d'aide proposées à ces jeunes en difficulté et à leurs proches.**

2 Réseau de proximité et Accueil des jeunes en ruptures dans les quartiers Nord de Marseille

2.1 Le projet PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES

2.1.1 Le positionnement du PAEJ dans les quartiers Nord de Marseille

TREMPLIN est une association qui gère un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions (CSAPA). Les stigmatisations et les problématiques sanitaires, sociales, psychologiques et sociétales soulevées par la consommation de substances psychoactives ont conduit les professionnels du soin à considérer la personne dans sa globalité et à développer des compétences pluridisciplinaires. En effet, dans le champ des addictions (comme dans d'autres), il s'avère difficile de prendre en considération les questionnements et souffrances des personnes inscrites dans une vie sociale habituelle sans provoquer le jugement négatif (ou compassionnel) de la communauté dans laquelle est inscrite la personne. Ainsi, le projet de prévention de l'association consiste à agir avant qu'une problématique d'exclusion sociale ne se surajoute à une problématique de souffrance psychique.

En ce qui concerne les jeunes des quartiers Nord de Marseille, il paraît primordial de prendre en considération, dans chacune des situations, les éléments particuliers du contexte et de les mettre en lien avec le processus individuel de la crise adolescente et de ses conduites à risques.

L'accès des jeunes de 12 à 25 ans aux dispositifs de prise en charge des services sanitaires et sociaux est plus difficile sur le territoire des Quartiers Nord de Marseille. Celui-ci comprend 4 arrondissements Marseillais (13, 14, 15 et 16^{ème}) avec une forte densité urbaine (250000 habitants dont 41% ont moins de 30 ans) et une concentration importante de logements sociaux. La précarité frappe une grande partie de la population. 33% des foyers sont imposables, 30% de la population bénéficie de la CMU Complémentaire, le taux de chômage est de 25% et 40% des habitants de plus de 15 ans n'ont aucun diplôme (INSEE2007). Ainsi, la population de ce territoire est nombreuse, jeune et précarisée.

Les difficultés des jeunes et de leurs proches sont multiples et souvent imbriquées. **La précarité est un facteur de vulnérabilité quant à la souffrance psychique des adolescents** comme le montre une étude régionale concernant la détresse psychologique

des 15-24 ans⁸. Une autre étude⁹ met en évidence une plus grande fragilité sociale, des inégalités de santé et d'accès aux soins pour les jeunes sortis du système scolaire.

Nous savons que l'adolescent, dans sa quête identitaire, multiplie les actes dangereux. C'est ainsi qu'il adopte des « comportements à risques » qui peuvent prendre des formes très diverses (tentative de suicide, violence, délinquance, expérimentation de l'usage de produit psychoactifs, jeux dangereux,...). Ce sont ces comportements, qui en s'instituant en *manies* ou en révélant des problématiques psychiques latentes peuvent entraîner la personne vers des pathologies. Cependant, l'adolescent ne peut faire l'économie de l'expérimentation de soi. Ainsi, à partir de l'expérience pubertaire initiale (première règle ou première éjaculation), la question de la limite entre soi et l'autre et celle de la séparation (et donc de la capacité à nouer un lien) s'imposent¹⁰. En effet, il s'agit, concrètement, d'accepter de se séparer de ses parents, d'apprendre à nouer une relation avec l'autre et, à terme, d'être en mesure d'accéder à des expériences amoureuses. Ce travail de la limite et de la séparation ne peut se faire que par tentatives successives, qui mèneront trop ou pas suffisamment loin et qui permettront à la personne de se construire comme individu appartenant à un groupe social. Dans ce cadre-là, la transmission d'information, l'affirmation et la promotion de valeurs positives pour la santé ou encore l'explication raisonnée ne peuvent suffire. C'est en étayant une réflexion sur le plaisir et le risque et plus largement en encourageant et en outillant la verbalisation des ressentis que l'on permettra au jeune l'amorce d'un travail sur soi susceptible de l'aider à faire des choix et à élaborer une demande si nécessaire.

L'un des enjeux essentiels de la prévention des conduites à risques à l'adolescence réside dans la qualité des relations éducatives quotidiennes entre adolescents et adultes. La rencontre entre adulte et adolescent repose sur la nécessité, chez l'adolescent, de reconnaître l'individu singulier et « normalement déséquilibré » qui se cache derrière la fonction et le rôle joué en société. Pour le jeune adulte en construction, il n'y a pas de « spécialistes » autres que des spécialistes reconnus comme tel par le monde adulte, auquel il aspire et qu'il rejette. La parole de l'expert est donc accueillie comme représentative de la norme. Son attitude d'aspiration ou de rejet envers cette dernière se reportera sur cet « expert » qu'il ne connaît pas. Ainsi, pour le jeune, aucun spécialiste ne pourra se

⁸ La détresse psychologique chez les jeunes de 15-24 ans en PACA. Résultats de l'enquête décennale santé. In *Repère Santé*, n°15 avril 2008

⁹ Etat de Santé, comportements, et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle. In *Pratiques et organisation des soins*, vol. 38 n°1, janvier-mars 2007

substituer à la fonction éducative quotidienne qu'assument les parents et professionnels éducatifs de proximité (Ecole, Centre Social, Prévention Spécialisée). Pour le PAEJ, il convient donc de soutenir et d'outiller ces acteurs éducatifs de proximité pour améliorer les liens avec les dispositifs d'aide et d'accompagnement.

Dans le prolongement des réponses concrètes préconstruites à des problèmes particuliers, doit se développer une offre en direction des jeunes et des adultes qu'ils fréquentent quotidiennement pour prendre en compte toute la complexité des situations singulières difficiles et en permettre l'analyse et l'intelligibilité. Ce faisant, le PAEJ doit mesurer attentivement son implication (entre distance médiatrice et proximité accessible) qui doit permettre à la personne de se questionner suffisamment sur sa situation particulière pour s'autoriser à formuler une demande d'aide. Pour permettre l'établissement d'une première relation entre un jeune en rupture et les dispositifs, il convient de ménager un espace et un temps qui permettent de poser globalement ses questionnements et ses difficultés. La fonction d'accueil et de prise en compte globale des situations s'avère alors centrale.

Le PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES a ouvert ses portes en 2006, suite à la fermeture d'un Point Ecoute Jeunes et Parents conforme à la circulaire de 1996 géré par une autre association, et un appel à projet de la DDASS13. Un Comité de Suivi Institutionnel (DDASS 13(puis DDCS13 et ARS PACA), MILDT, VILLE DE MARSEILLE, CG13, REGION PACA, CUCS) s'est constitué autour du directeur de l'association TREMPLIN pour cofinancer le projet et veiller à la cohérence des différentes politiques publiques qui concernent les jeunes.

Les objectifs suivants ont été définis :

Objectif 1 - Soutenir les adultes quotidiennement impliqués dans la relation avec les adolescents par une action de Proximité.

Il convient d'offrir à ces acteurs des interlocuteurs et des espaces de réflexion et d'élaboration leur permettant de prendre en compte les signes de mal-être des adolescents qu'ils fréquentent.

Objectif 2 - Accueillir le mal être des adolescents et jeunes adultes et de leur entourage.

¹⁰ MARTY F., GUTTON, P. GIVRE, P. Le fait accompli dans la psychothérapie de l'Adolescent, Publication de l'Université de Rouen, 2003

Il convient d'offrir un accueil qui permette de poser globalement et sans aucune condition ses questionnements et ses difficultés.

Objectif 3 - Favoriser la remise en lien du jeune avec son environnement: familial, scolaire, social, éducatif, professionnel...

Il doit pouvoir établir des priorités, faire des choix et si besoin élaborer une demande d'aide intelligible qui corresponde aux dispositifs de prise en charge qui lui sont proposés.

2.1.2 Réseaux et accueil de proximité : une réponse à des situations complexes

L'équipe en charge de la mise en œuvre du projet se compose :

- d'un chef de service (0.8 ETP),
- d'une secrétaire coordinatrice (0.6 ETP),
- de 3 éducateurs (2,4 ETP) et
- d'un psychologue (0.7 ETP).

Le PAEJ est un lieu d'accueil de jour pour les jeunes, anonyme et gratuit, sans autre objet que le mal-être. L'accueil est possible du Lundi au Vendredi de 9h00 à 19h00. Un travail d'analyse de pratique permanent de l'équipe et une formation continue des éducateurs à la relation d'aide garantissent une posture la plus accessible possible et qui laisse toute sa place à la parole du jeune et de ses proches. Aucune condition ne vient entraver l'émergence de la demande. Il s'agit de permettre à des jeunes qui ne savent pas vraiment « ce qu'ils veulent » de pouvoir échanger, poser telles quelles, leur situation et leurs questions. Un accueil en binôme éducatif permet de dédramatiser la situation, d'offrir un cadre rassurant, et sans engagement dans une relation d'aide ou d'accompagnement.

Les locaux sont aménagés spécifiquement. Une petite villa, au cœur des quartiers Nord, disposant d'espaces verts, d'une grande salle d'accueil, d'un salon d'entretien, d'une cuisine et de bureaux offre divers contextes à la rencontre et à l'accompagnement du jeune, seul, en groupe ou en famille.

L'offre d'accueil proposée et les locaux ne sont pas appropriés à une prise en charge dans le long terme. Il s'agit d'accompagner l'émergence d'une demande d'aide pour orienter vers les dispositifs sanitaires et sociaux si nécessaire.

Cette offre d'accueil s'articule à un lien privilégié avec les acteurs de proximité. En effet, elle est sous-tendue par la prise de conscience des professionnels de l'éducation, du

sanitaire, du social et du socioculturel de la nécessité d'un travail *transdisciplinaire*¹¹ et de réseau. En effet, la «communauté éducative» ne se cantonne pas à l'intérieur de l'institution scolaire mais se prolonge dans la famille, le quartier, la ville par l'action de tous les adultes qui œuvrent à l'épanouissement et à la construction individuelle des jeunes citoyens. C'est à partir d'un travail de soutien et de mobilisation des acteurs que se construisent des actions efficaces et adaptées en direction des jeunes.

Pour entretenir ce lien, l'équipe du PAEJ se rend disponible en affectant à chaque éducateur un territoire de référence. Le rôle de l'éducateur-référent est de se rendre disponible et mobile pour tout acteur de proximité qui s'interroge à propos d'un adolescent qu'il connaît. Il peut rencontrer le jeune ou ses proches sur site pour lui proposer les services du PAEJ. Il a pour tâche d'assurer le lien avec l'équipe et les ressources du PAEJ. La réactivité est un élément essentiel.

Pour étayer et alimenter la réflexion des acteurs de proximité, le PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES propose des Groupes d'Echange de Pratiques et des formations communes. Il s'agit de réunir, autour du psychologue et de l'éducateur-référent du territoire un groupe de réflexion et d'échange constitué d'adultes quotidiennement confrontés aux adolescents afin que ceux-ci partagent leurs préoccupations, mutualisent leurs pratiques et élaborent des postures cohérentes (pas forcément communes) vis-à-vis des comportements et attitudes «questionnants» des adolescents. Les objectifs poursuivis sont :

- L'expérimentation et l'apprentissage de la formulation d'une parole singulière au sein d'un groupe restreint sur sa pratique ;
- Une prise de distance par rapport à l'action qui permet de clarifier les variables caractéristiques de la situation ;
- Le travail réflexif de ces questionnements et l'apport d'informations éclairantes et utilisables ;
- L'émergence d'une réflexion personnelle sur ses propres comportements et fonctionnements ;
- Le repérage des ressources accessibles permettant d'aller individuellement et/ou collectivement plus loin.

¹¹ DE FREITAS L., MORIN E., NICOLESCU B. ; charte de la transdisciplinarité ; Convento da Arrábida, Portugal, 2-6 novembre 1994

En parallèle, des formations thématiques sont proposées en fonction des besoins repérés en direction des acteurs de proximité (repérage de la crise suicidaire, prévention des conduites addictives, insertion et souffrance psychique, ...).

Le PAEJ s'inscrit également dans une démarche participative auprès des acteurs de proximité en les aidant à construire, dans leur cadre d'intervention, des actions de prévention des conduites à risques en direction des groupes de jeunes qu'ils connaissent. Les projets d'actions sont souvent motivés par la volonté d'organiser une manifestation importante mais ponctuelle ou limitée dans le temps. Le souci de «visibilité» est parfois premier devant celui d'engagement dans une démarche à long terme et d'efficacité. L'intervention de prévention auprès des adolescents nécessite un travail préalable des adultes sur leurs propres positionnements, leurs postures et leur projet collectif d'éducation à la santé et de prévention. Le travail avec les groupes d'adolescents se construit donc à partir du soutien à des initiatives de professionnels quotidiennement impliqués dans des relations éducatives. L'intervention d'un tiers, fut-il «*expert*», ne peut pas empêcher les adolescents de solliciter les adultes qui les côtoient quotidiennement bien au-delà de leurs fonctions et statuts professionnels. En effet, ce sont ces adultes-là qui ont gagné la confiance et la reconnaissance de ces adolescents-là. C'est donc auprès d'eux que les jeunes gens espèrent trouver les éléments de réponse à leurs questionnements existentiels. Ainsi l'efficacité de la prévention dépend de l'implication des éducateurs premiers (parents, enseignants, animateurs...) et de la manière dont ils peuvent assumer leur rôle d'éducation à la santé et à la citoyenneté tout en maintenant une nécessaire continuité dans leurs missions, fonctions et positionnements quotidiens et habituels.

La méthodologie proposée est :

- constitution d'un groupe référent sur le thème de la prévention des conduites à risques (au moins quatre personnes autour d'un coordinateur interne à l'institution) ;
- élaboration d'un état des lieux partagé et confrontation des diverses représentations des acteurs ;
- définition d'objectifs et d'une stratégie réalisable compte tenu des moyens mobilisables (public prioritaire, moyens, temps disponible...) ;
- définition d'objectifs pédagogiques (connaissances et compétences à développer) adaptés au public considéré ;
- co-animation d'une partie de l'intervention en direction du public ;
- retour réflexif en groupe référent sur les objectifs et évaluation.

Ainsi, le projet du PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES consiste à offrir aux acteurs de proximités du territoire des quartiers Nord de Marseille des ressources en terme d'expertise des conduites à risques à l'adolescent et des possibilités d'accueil accessible et rapide des situations complexes.

Le fonctionnement en réseau est nécessaire car le projet PAEJ vise à soutenir et mobiliser les acteurs dans une démarche collective qui a pour fonction de faciliter pour un jeune en rupture l'émergence d'une demande, son accueil et sa prise en compte. Par ailleurs, le réseau vise à se structurer par une démarche qui explicite les modes relationnels entre acteurs, selon deux axes distincts :

- **L'orientation vers le PAEJ et le recours à celui-ci, en précisant la place et le rôle du PAEJ, en communiquant à ce propos ;**
- **L'orientation du PAEJ vers les structures de traitement sanitaire et social, en explicitant la place et le rôle de chacun dans l'articulation entre émergence de la demande et traitement.**

Pour ce faire, le réseau repose sur la qualité du lien entre acteurs en cultivant la reconnaissance mutuelle, en favorisant l'évolution des représentations des uns sur les autres, en permettant de mieux connaître et comprendre les logiques institutionnelles et les pratiques de chacun.

2.1.3 Entre évolution des besoins et contraintes conjoncturelles : un environnement en mutation

De 2006 à 2011, grâce au renforcement des liens avec les acteurs éducatifs de proximité (collèges et lycées, prévention spécialisée, centres sociaux, parents) de plus en plus de situations de jeunes en ruptures, concernés par plusieurs problématiques (familiales, psychiques, sociales, sanitaires, éducatives) sont accueillis par le PAEJ.

Parmi les 855 jeunes gens rencontrés par la structure en 2011, 375 ont été accueillis au PAEJ se répartissant selon le sexe et les classes d'âge de la manière suivante :

- 18% ont moins de 15 ans dont 14% de garçons et 4% de filles,
- 40% ont entre 16 et 18 ans dont 26% de garçons et 14% de filles,
- 42% ont plus de 18 ans dont 20% de garçons et 22% de filles.

Parmi eux, 35% sont scolarisés et 61% sont chômeurs ou dans un parcours d'insertion.

Les situations accueillis concernent des :

Jeunes en demande de prévention primaire : 50 soit 18%

Jeunes exposés à des situations de risque :	256	soit	71%
Jeunes en rupture familiale et sociale :	69	soit	11%

Si depuis 2009, le nombre de jeunes accueillis s'est stabilisé autour des 350 à 400, la part des jeunes en rupture ne cesse de croître : 30 en 2009 ; 50 en 2010 ; 69 en 2011.

Parmi les 69 jeunes en rupture familiale et sociale, 25 n'ont pas de logements stables.

La problématique commune à tous est le mal-être psychologique. Les difficultés traitées peuvent se catégoriser de la manière suivante :

- Conduites à risques (sexualité, consommation de substances psychoactives, violence agie) ;
- Souffrance psychique (angoisse, trouble du sommeil, problème relationnel, problème d'identité sexuelle) ;
- Problématique familiale (fugues, violences physiques et sexuelles, conflits familiaux) ;
- Problèmes sociaux (hébergement d'urgence, droit des étrangers, problème de justice, accès à l'emploi, accès aux droits de santé) ;
- Décrochage scolaire des moins de 16 ans.

Pour répondre à ces situations, le PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES a renforcé et structuré des liens avec les partenaires sociaux et médico-sociaux :

- Psychiatrie (Maison Départementale de l'Adolescent, CMPP, Equipe Mobile « Psychiatrie et Précarité » de l'APHM) ;
- Prévention spécialisée ;
- PJJ ;
- Maison Départementale de la Solidarité (ASE et PMI) ;
- Mission Locale de Marseille ;
- Education Nationale
- Fédération des PAEJ et des Espaces Santé Jeunes.

Conformément à la spécificité de son projet, le PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES assure donc un lien permanent avec les acteurs de proximité pour favoriser le repérage des situations de jeunes en rupture, et construit des liens avec les dispositifs sanitaires et sociaux pour en faciliter l'accès aux situations particulièrement complexes de ce territoire.

Après une période d'implantation et d'ancrage territorial nécessaire auprès des acteurs de proximité, la capacité d'accueil est arrivée à son maximum. Le nombre grandissant de situations de jeunes en rupture accueillis nécessite un ré-équilibre de la structure entre réseau d'acteurs du repérage et réseau d'acteurs de la prise en charge.

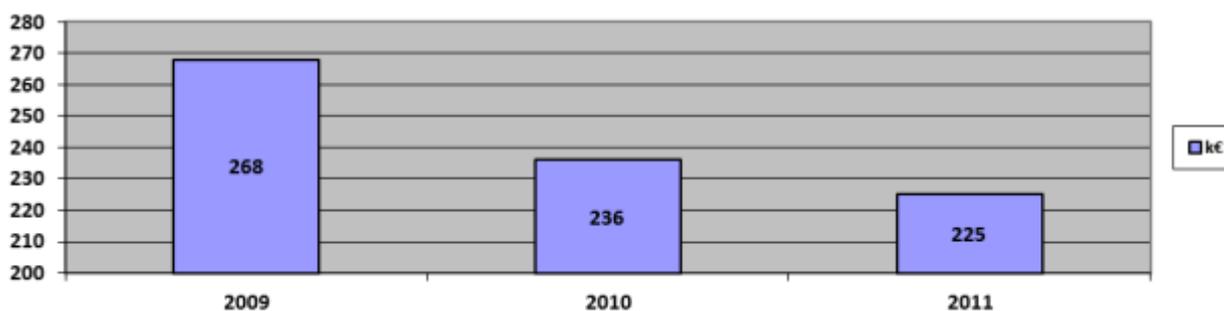
A partir de 2010, la réorganisation des services déconcentrés de l'état différencie l'Agence Régionale de Santé (ARS) en charge des politiques de Santé publique et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) en charge de l'action sociale. Depuis, une incertitude s'est installée quant à la pérennité des dispositifs relevant des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins et ne relevant pas de l'article L.312-1 du CASF tel que les PAEJ. La DRJSCS est désormais en charge des PAEJ car émanant de la loi de lutte contre les exclusions mais sa politique sociale, dans le cadre du BOP concerné (BOP 177), se concentre sur la question du logement. L'ARS affirme dans *son Schéma Régional de Prévention PACA 2011* la nécessité de renforcer *l'accueil et la prise en compte globale des jeunes en souffrance psychique et de leurs parents*¹². *Le Schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2010-2014* du conseil général des Bouches du Rhône a proposé une charte de partenariat avec les PAEJ.

Ainsi, chaque partenaire financier du comité de suivi institutionnel est amené à redéfinir son positionnement quant à la poursuite du projet PAEJ TREMPIN SANTE JEUNES.

Ne relevant pas de l'article L.312-1 du CASF, le PAEJ est cofinancé par des subventions annuelles des partenaires du comité de suivi institutionnel (DDCS, ARS, CG13, CUCS, Mairie de Marseille, Région PACA, MILDT).

Depuis 2009, Le budget du PAEJ TREMPIN SANTE JEUNES est en diminution.

¹² Schéma Régional de Prévention PACA 2011



La diminution de la subvention de la DDCS, qui agrée le dispositif, s'est confirmée passant de 129000 € en 2009, à 64500 € en 2010 et à 70 000 € en 2011.

Le développement de nouveaux projets et la sollicitation des autres partenaires n'a pu compenser cette perte totalement. Malgré de gros efforts pour contenir les charges de fonctionnement (autour de 240 000 €), celles-ci restent plus élevées que les recettes. Le PAEJ Tremplin Santé Jeunes s'installe dans une situation de déficit structurel.

Ainsi, il convient d'adapter le projet d'intervention aux évolutions des politiques publiques en maintenant la nécessaire prise en compte globale des jeunes en référence au projet associatif. Dans un contexte de réduction des moyens et d'augmentation des situations de rupture du public accueilli, le PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES doit donc construire et proposer aux partenaires financiers et opérationnels une nouvelle offre de service, conforme aux évolutions, aux compétences de la structure et aux besoins de la population.

2.2 Analyse des Enjeux stratégiques du PAEJ

2.2.1 Singularité et multiplicité des acteurs : attentes et enjeux

A) Les jeunes et leur famille

Sur le territoire des quartiers Nord de Marseille qui concentre une population nombreuse confrontée à des difficultés sociales importantes, l'expérience du PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES révèle qu'il existe une population d'adolescents et de jeunes adultes qui n'accèdent pas aux dispositifs d'aide qui leur sont proposés. Il s'avère que ce public ne parvient pas à trouver les interlocuteurs spécialisés susceptibles de prendre en compte globalement leur situation difficile.

Pour ces acteurs, le contexte urbain particulier est à considérer. L'isolement et le repli sur soi ou sur son quartier d'appartenance rend plus difficile l'accès à des espaces spécialisés neutres et protégés. Pour ces jeunes et leur famille, il est important d'être accueilli dans la

proximité, d'être écouté, conseillé et accompagné, si nécessaire, vers les dispositifs de prise en charge.

B) Les partenaires

Le PAEJ se situe à l'interface de deux types de partenaires.

D'une part, les professionnels qui interviennent dans la proximité des quartiers (centres sociaux, collèges et lycées, prévention spécialisée...) ont besoins d'interlocuteurs spécialisés accessibles et distanciés des enjeux micro-locaux, lorsqu'ils sont confrontés à des jeunes gens et leur famille en situation difficile. 80% des jeunes accueillis par le PAEJ y accèdent ainsi.

D'autre part, les acteurs spécialisés (psychiatrie, PJJ, ASE, Mission Locale,...), très sollicités sur ce territoire, sont en recherche de soutien de proximité pour leurs usagers afin de relayer les dynamiques de prise en charge sanitaire et sociale. Ce besoin s'exprime par une participation en forte augmentation de ces acteurs aux Groupes d'Echanges de Pratiques que nous proposons (25% des participants en 2009 ; 55% en 2011).

Il s'agit donc d'articuler un travail de lien avec les acteurs de proximité pour leur offrir la réactivité d'une équipe pluridisciplinaire dans les situations particulièrement difficiles; et un travail de partenariat avec les dispositifs spécialisés afin d'orienter au mieux et de soutenir les familles prises en charge au quotidien.

C) Le comité de suivi institutionnel

Outre la Direction Départementale de la Cohésion Sociale qui agréé le dispositif, 5 autres politiques publiques interviennent pour orienter l'action du PAEJ.

Le Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) missionne le PAEJ pour soutenir les acteurs de proximité et participer à la prévention des conduites à risques dans une démarche de développement local.

Le Conseil Général des Bouches du Rhône renforce le PAEJ pour permettre un meilleur maillage entre l'action de proximité de la prévention spécialisée et la Maison Départementale de l'Adolescence qui œuvre à l'articulation des services sanitaires (et notamment de pédopsychiatrie) et sociaux.

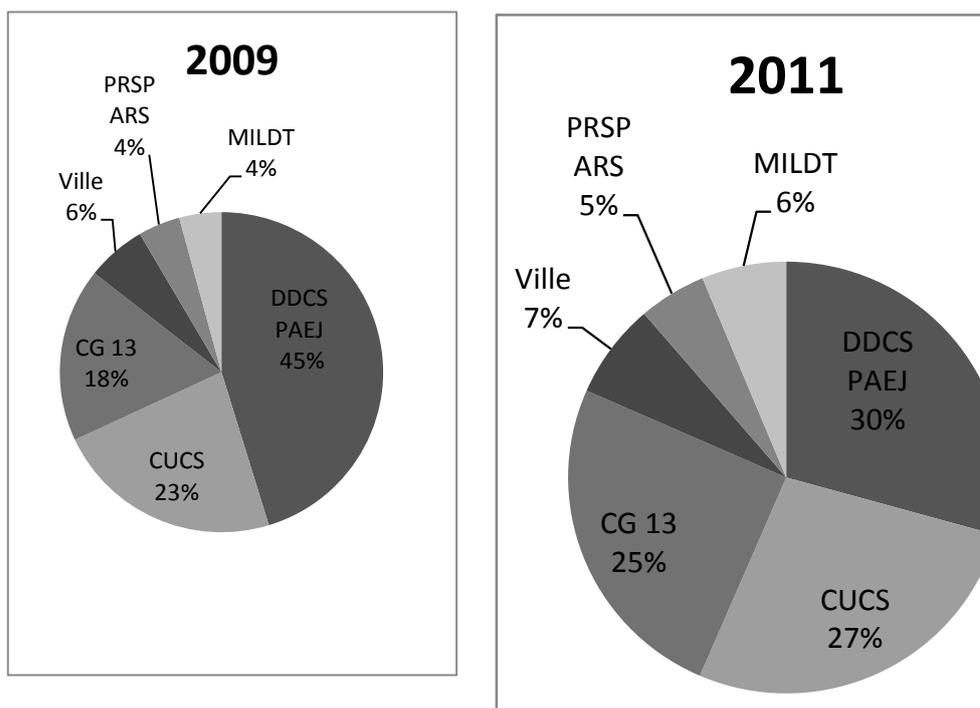
La Ville de Marseille soutient le PAEJ dans son action de prévention des conduites à risques en direction jeunes.

Le Programme Régional de Santé Publique (PRSP) piloté par l'Agence Régionale de Santé (ARS) commande au PAEJ la formation des acteurs de proximité et de l'Education Nationale sur les thèmes de la souffrance psychique et des conduites à risques des jeunes.

La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) développe via le PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES avec l'Inspection Académique un Programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire.

Chacun participe par son financement et sa présence au comité de suivi institutionnel au projet du PAEJ.

Les graphiques suivant présentent la part de financement de chacun de ces acteurs au PAEJ en 2009 et en 2011.



La part dévolue à l'administration et l'animation du lieu d'accueil des jeunes (DDCS + CG13) passe ainsi de 63% à 47%. Les commandes des autres partenaires financiers consistent en des prestations de plus en plus modélisées et formalisées :

- D'intervention de prévention en direction de groupes d'adolescents en milieu scolaire (MILDT et CG13 pour certains programmes) et dans les structures d'animation socioculturelles (CUCS),
- D'intervention de formation et d'échange de pratiques pour les acteurs de proximité (PRSP, MILDT, CUCS).

Dans le même temps, les financements de la mission centrale du PAEJ, d'accueil du public, de diagnostic de la situation individuelle et familiale, et d'accompagnement vers les dispositifs de prise en charge sont en diminution.

Ainsi, cela remet en question l'équilibre du projet de service entre ALLER VERS les jeunes et les acteurs éducatifs de proximité, d'une part, et ACCUEILLIR, prendre en compte individuellement, et accompagner, d'autre part.

Cela amène l'association TREMPLIN à faire évoluer la manière d'organiser le travail et de manager. Au-delà de l'équilibre financier, cette réorientation interroge les compétences disponibles, la pertinence et la cohérence d'un projet de POINT ACCUEIL ET ECOUTE JEUNES sur les quartiers Nord de Marseille, conforme au projet associatif et à la circulaire 2002/145.

Au sein du comité de suivi, chacun a le souci de rationaliser les moyens par le « fléchage » clairement défini des prestations et des prérogatives de chaque commanditaire et par la reproductibilité de celles-ci sur un large public. Les enjeux sont, pour ces acteurs financiers, d'économiser, de valoriser ce qui est indispensable et de gommer autant que possible l'indéfini et l'imprévu.

D) L'équipe

En 2006, l'association a recruté 2 éducateurs (2ETP), un psychologue (0.5ETP) et a augmenté le temps de secrétaire de 0.2 ETP pour affecter au total 4.5 ETP au projet PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES. Des locaux ont été loués dans les quartiers Nord de Marseille, des travaux ont été effectués et l'ouverture au public a eu lieu en Septembre 2007. En Septembre 2009, l'établissement TREMPLIN DEVELOPPEMENT qui gère le PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES (6.7ETP et 8 salariés) est basé à Marseille avec son secrétariat.

Cette période a demandé une grande implication de l'équipe et les résultats en termes de service rendu aux jeunes des quartiers Nord se sont avérés très satisfaisants. Au premier semestre 2010, une stagiaire en master de santé publique est accueillie dans l'équipe pour construire, en partenariat avec les Ateliers Santé Ville du CUCS de Marseille, un dispositif d'évaluation. Des procédures précises ont été mise en place. Elle vise le recueil et l'analyse de l'activité réalisée afin de démontrer l'efficacité de l'action du PAEJ.

Concomitamment aux incertitudes liées aux financements de l'Etat sur les PAEJ, l'éducateur le plus ancien du service (7 ans) a choisi de partir au mois de Mai 2010. Ce poste n'a pas été remplacé jusqu'en Février 2011. Dans ce même temps, la demande du public n'a pas faibli.

Cette situation a produit des résistances de l'équipe à s'engager dans les nouveaux projets destinés à pallier au défaut prévisible de financement de la DDCS, et à appliquer les procédures de recueil de l'activité et d'évaluation. Le recrutement d'un nouvel éducateur a relancé la dynamique avec un travail au premier semestre 2011 pour redéfinir le projet en fonction du nouveau montage budgétaire. L'équipe est soucieuse de préserver la qualité de

l'accueil et de la prise en compte pluridisciplinaire des situations individuelles difficiles de jeunes tout en préservant la disponibilité, dans la proximité avec les partenaires de terrain.

Ainsi, l'équipe doit s'adapter à une double évolution. D'une part, les modifications de financement exigent des changements dans l'organisation et la programmation des activités. D'autre part, après une période de création du service, et faute d'un cadre légal suffisamment précis, il convient d'explicitier davantage le service rendu aux jeunes, à leur famille et aux partenaires, et de structurer l'activité au travers de l'adoption de méthodes d'évaluation adaptées aux prestations prédéfinies.

E) Direction et Conseil d'Administration

Le conseil d'administration s'est investi, au travers de l'association, dans la prévention des conduites à risques à l'adolescence sur le territoire des quartiers Nord en considérant le projet PAEJ comme compatible avec son projet associatif qui vise à agir en direction « *de toute personne en souffrance psychologique et sociale* »¹³.

Compte tenu des évolutions du montage financier du PAEJ, déficitaire depuis deux exercices, et de la commande, l'association est soucieuse de préserver et de garantir la cohérence du projet PAEJ et sa conformité au projet associatif.

Elle demande à son directeur, dans le court terme, de prendre des mesures afin de réduire le déficit qui grève directement les capitaux stables de l'association, de s'assurer du rendu-compte précis de l'activité réalisée, et de la mise en œuvre des prestations commandées ; et dans le moyen terme d'agir pour valoriser et démontrer la spécificité et la pertinence du service rendu aux usagers.

2.2.2 Des contraintes fortes

Ainsi, n'étant pas cité à l'article L-312-1 du CASF, les PAEJ ne relèvent pas de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. De ce fait, les PAEJ ne sont pas habilités et financés conformément à ce texte, et ne sont pas non plus soumis aux obligations relatives au droit des usagers et à l'évaluation.

A) Au niveau de la Gestion

Le PAEJ est donc financé selon le système des subventions. Les services de l'Etat agréent le dispositif mais décident annuellement des moyens à engager dans l'action. De plus, ce

¹³ Projet Associatif, Association TREMPIN, 2005

dispositif est cofinancé par 5 autres acteurs. Cette situation entraîne une variation importante du budget annuel qui n'est souvent connu qu'en fin d'exercice.

En effet, des demandes de subvention sont déposées auprès de chaque partenaire financier (12 dossiers en 2011) entre les mois d'Octobre de l'année précédente et Avril de l'année en cours. Entre Avril et Décembre de l'année en cours, un document d'attribution est adressé à l'association par le financeur, il précise le montant de la subvention et les conditions administratives à remplir pour son paiement. Si le montant est différent de la subvention demandée, le budget prévisionnel et le projet d'action doivent être modifiés en conséquence. Le document de l'ANNEXE 1 est l'outil créé par l'association pour effectuer le suivi de ces différents dossiers.

Conformément aux lois relatives aux subventions aux associations, un bilan de l'action financée doit être fourni dans les 6 mois suivant l'exercice. A défaut, les crédits devront être restitués.

Dans le système des subventions, les déficits ne sont jamais *repris* par les financeurs.

Jusqu'en 2009, le montage financier du service PAEJ reposait sur un équilibre entre financements de droit commun de l'Etat et du Conseil Général qui garantissaient le fonctionnement de l'activité d'Accueil ; et financements complémentaires de programmes spécifiques de prévention (CUCS, MILDT, PRSP, Ville de Marseille). Depuis 2010, cet équilibre est remis en cause.

Le budget de charge du service reste stable. En effet, il est composé à 78% de charges de personnels et à 10% de location et entretien des locaux. Pour garantir un certain niveau d'expertise, les salariés ont été recrutés, à l'ouverture de la structure en contrat à durée indéterminée.

Au terme de deux exercices déficitaires dus à une diminution des produits, les capitaux propres ont diminués de 293 k€ à 193k€. Ainsi, la situation financière du service PAEJ a une influence directe sur l'équilibre financier de l'association toute entière.

B) Au niveau de Management

Le projet PAEJ repose sur une équipe pluridisciplinaire offrant aux acteurs de proximités de l'expertise dans le domaine de la souffrance psychique et des conduites à risques à l'adolescence. L'équipe se compose donc de professionnels expérimentés dans la prise en compte du public et l'intervention sociale de proximité. La stratégie initiale de création du

service a rempli ses objectifs en termes de nombre de jeunes et de types de situations accueillis. Cette phase a bénéficié d'une très grande implication des salariés.

A la fin 2009, nous nous devions de structurer nos procédures d'organisation et d'évaluation pour valider la pertinence du service rendu. Pour ce faire, des mesures ont été prises afin de développer dans l'équipe du PAEJ des compétences nouvelles pour surmonter une faible capacité à rendre compte et à se conformer aux procédures de recueil de l'activité et d'évaluation ; et des difficultés de formalisation nécessaire à la structuration de relations partenariales avec les services de traitements sanitaires et sociaux (Ecole, Hôpital, Protection de l'Enfance, Mission Locale).

En 2010, les difficultés financières sont apparues avec la restructuration des services déconcentrés de l'état. Cette situation a conduit l'équipe à fonctionner en effectif réduit rendant plus difficile encore l'effort d'adaptation nécessaire. Les incertitudes financières de 2011 ont renforcé le sentiment d'insécurité quant à la pérennité et au sens de l'action.

C) Au niveau du Projet

La situation financière impose une restructuration du service PAEJ. Pour ce faire, en tant que directeur, je dois interpeller les partenaires financiers du comité de suivi institutionnel et le conseil d'administration afin de mettre en évidence et d'éclairer les choix stratégiques à opérer.

L'équilibre entre *Accueil du public* et *Intervention de Proximité* doit être modifié. En effet, d'une part, le type de situations accueillis nécessite une structuration des partenariats pour favoriser leurs prises en charge ; et d'autre part, les modifications du montage financier du service entraînent une augmentation des prestations d'interventions de prévention.

La demande des familles, des jeunes et des partenaires de proximité est bien supérieure aux capacités de réponses du PAEJ. Il convient donc d'évaluer finement la nature des prestations dispensées afin de déterminer précisément les limites d'une nouvelle offre de service conforme aux besoins et aux moyens disponibles.

2.2.3 Un service et des compétences reconnues

L'association TREMPLIN existe depuis 1977 et est reconnue pour sa gestion sérieuse, son engagement éthique et son expertise dans le soutien des publics précaires en souffrance psychique.

A) Une situation financière associative saine

Sur le plan financier, le bilan de l'association présente une situation assez saine.

BIENS	2011	FINANCEMENTS	2011
Biens stables		Financements stables	
Immobilisations incorporelles nettes	1451	Apport ou fond associatif	213561
Immobilisations corporelles brutes	168996	Subventions d'investissements	15372
Immobilisations financières	17961	Emprunts et dettes financières	3901
		Amortissements	120840
Total II	188408	Total I	353674
		FRI POSITIF	165266
Actifs stables d'exploitation		Financements stables d'exploitation	
Report à nouveau déficitaire	85851	Réserves	135967
Résultat déficitaire	85549	Provisions	12633
Total IV	171400	Total III	148600
FRE NEGATIF	22800		
		FRNG POSITIF	142466
Valeurs d'exploitation		Dettes d'exploitation	
Créances	45849	Fournisseurs	15991
Charges constatées d'avance	359	Dettes fiscales et sociales	123447
Total VI	46208	Total V	139438
BFR		EFE	93230
Liquidités		Financements à court terme	
Valeurs mobilières de placement	127979		
disponibilités	107717		
Total VIII	235696		
TRESORERIE POSITIVE	235696		
TOTAL DES BIENS	641712	TOTAL DES FINANCEMENTS	641712

Le Fond de Roulement Net Global (FRNG) est positif bien que diminué par un Fond de Roulement d'Exploitation (FRE) négatif qui résulte d'un résultat et d'un report à nouveau déficitaire.

Le taux d'endettement est quasi-nul à 1,7 % ; cela témoigne d'une grande indépendance financière. La vétusté des immobilisations est importante à 71,5 % et des renouvellements sont à prévoir.

Un Excédent de Financement d'Exploitation(EFE) est dégagé, l'association n'a donc pas de Besoin en Fond de Roulement (BFR). De ce fait, elle dégage une trésorerie positive représentant 81 jours d'exploitation. Cette trésorerie pourrait paraître pléthorique. Pourtant,

l'établissement TREMPLIN DEVELOPPEMENT, fonctionnant avec le système des subventions, ne recouvre ces créances qu'à partir du mois d'Avril.

Le compte de résultat 2011 de l'association TREMPLIN présente un Total des Charges d'Exploitation de 1091k€. Le PAEJ Tremplin Santé Jeunes en représente 22% avec 241k€ de charges annuels. Ainsi, les résultats négatifs successifs impactent directement l'équilibre financier de l'association.

Ainsi, il est nécessaire de proposer un projet de restructuration du PAEJ pour conserver son efficacité et diminuer ces charges de fonctionnement.

B) Une Expertise dans la prévention des conduites à risques à l'adolescence dans les quartiers « sensibles » :

Tous les membres de l'équipe (6 pour 4,5 ETP) ont une qualification supérieure ou égale à un niveau III et 1,5 ETP (2 salariés soit 1/3 de l'équipe) dispose d'un diplôme de niveau I. Tous les membres de l'équipe psycho-éducative ont eu une expérience dans le domaine de l'accompagnement des publics toxicomanes en CSAPA ou en CAARUD. Tous les éducateurs ont une expérience dans le domaine du travail de rue et du développement social local, en CAARUD ou en prévention spécialisée et connaissent très bien le territoire des quartiers Nord de Marseille. Tous ont suivi des formations spécifiques à l'entretien d'aide et aux techniques pédagogiques d'éducation à la santé. Une formation permanente multi-référentielle est organisée pour développer les connaissances qui concernent l'adolescence et les quartiers « sensibles ».

Des échanges réguliers ont lieu avec les autres PAEJ de France au travers des rencontres organisées par les fédérations nationales. Les équipiers sont encouragés à intervenir dans les ateliers des colloques concernant la prévention et la jeunesse pour présenter leur travail. Une séance d'analyse de pratique professionnelle est proposée mensuellement à l'équipe avec un psychologue clinicien extérieur à la structure pour permettre un développement des compétences cliniques de l'équipe.

La demande des jeunes, des familles et des partenaires et la nature des situations de jeunes qui se présentent au PAEJ indiquent que ces compétences sont repérées et reconnues.

La spécificité de l'offre de service du PAEJ Tremplin Santé Jeunes semble être le lien entretenu entre un niveau d'expertise et la proximité du terrain.

C) Des acquis

La capacité d'accueil a atteint son maximum. Les situations particulièrement complexes sont en augmentation et les orientations vers les structures de droits communs se développent au travers de la structuration de partenariats.

Une démarche d'évaluation est engagée avec la mise en place de procédures de recueil de l'activité produisant des éléments quantitatifs et qualitatifs.

D) Un soutien partenarial

Au niveau national, les fédérations ANPAEJ (Association Nationale des PAEJ), ANMDA (Association Nationale des MDA) et FESJ (Fédération des Espaces Santé Jeunes) se mobilisent depuis trois ans pour mieux spécifier et faire reconnaître le rôle des PAEJ et pour informer sur leur situation financière difficile.

Au niveau départemental, un travail collectif d'échange, de coordination et de collaboration entre les PAEJ, les Espaces Santé Jeunes et les Maisons Départementales des Adolescents des Bouches du Rhône est en cours.

L'existence du comité de suivi institutionnel qui réunit tous les partenaires financiers (DDCS, ARS, CUCS, CG13, Ville de Marseille) permet de discuter collectivement des positionnements des uns et des autres. Il renforce la cohérence du projet et permet une vision stratégique.

Des partenariats opérationnels avec l'Education Nationale, la Mission Locale de Marseille, la pédopsychiatrie, les équipes de milieu ouvert de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les Maisons de la Solidarités du CG13 sont construits ou en cours de construction.

2.3 Promouvoir un accueil individuel et familial de proximité pour les jeunes en difficultés dans les quartiers Nord de Marseille

2.3.1 Ce que l'expérience du PAEJ a mis en évidence

Les évolutions de la demande, de la commande et du montage financier nous conduisent à modifier le projet initié en 2006 qui ne peut plus continuer en l'état.

Ce projet innovant reposait sur des hypothèses et propositions de travail. Il constituait l'expérimentation de la création d'un lieu d'accueil pour les jeunes, sur le territoire des quartiers Nord, conforme à la circulaire 2002/145.

Il convient maintenant de réactualiser ces hypothèses de travail et d'exploiter les acquis de cette expérimentation.

D'abord, ce projet repose sur la proposition de tenir ensemble une démarche d'éducation à la santé en direction de la population générale des jeunes du territoire et une offre de prise en compte individuelle spécialisée dans une conception *transdisciplinaire*.

Ce positionnement a donné une place particulière aux parents et éducateurs de proximité considéré comme partenaire du repérage des situations individuelles difficiles. Le but était de limiter la stigmatisation des jeunes en difficulté et de faciliter l'émergence d'une demande d'aide individuelle.

L'expérience a permis de vérifier la pertinence de l'entretien d'un lien de proximité avec les acteurs éducatifs quotidiens du territoire pour favoriser une première rencontre avec des jeunes en rupture ou en déni de leurs difficultés. L'acteur de proximité est parfois médiateur du spécialiste du PAEJ et celui-ci est, d'autres fois, médiateur de l'acteur de proximité.

Les moyens disponibles ne permettent plus de tenir ensemble une offre globale d'éducation à la santé et une offre spécialisée de prise en charge individuelle. Cependant, il apparaît que les situations individuelles particulièrement difficiles qui accèdent au PAEJ n'ont de lien avec aucune autre offre qui leur est faite.

Il apparaît essentiel de préserver ce lien entre une équipe spécialisée pluridisciplinaire, réactive et les acteurs éducatifs de proximité (collèges et lycées, prévention spécialisée, associations locales, équipement d'animation socioculturels).

Ensuite, ce projet repose sur l'ouverture d'un espace d'accueil non spécialisé et accessible sans condition. L'aménagement des locaux, la formation et la posture des accueillants, le premier accueil en binôme, concourent à soigner particulièrement l'offre d'accueil global. Le but est de permettre à la personne d'exprimer ses difficultés librement sans induire un quelconque mode de prise en charge a priori. L'accessibilité maximale a été recherchée dans le choix de la situation géographique du local d'accueil.

L'étendue du territoire des quartiers Nord, les logiques de déplacement des populations, et la sociologie des différents territoires, entraînent une fréquentation importante des 14 et 15^{ème} arrondissements et moindre des 13 et 16^{ème}. Cependant, les limites de capacité d'accueil sont atteintes.

L'expérience a montré que les jeunes et leurs proches viennent parfois plusieurs fois évoquer diverses difficultés avant d'aborder finalement celle qui les préoccupe fondamentalement. Il s'avère parfois déterminant de ne pas prendre de rendez-vous et de permettre au jeune de revenir quand il le voudra.

Cette offre d'accueil sans condition avec ce niveau d'expertise est une proposition originale au sein des quartiers Nord de Marseille.

Il est important de mettre en évidence l'utilité d'un espace d'accueil de proximité capable de mettre le jeune et sa famille en confiance et de se distancier suffisamment du quotidien du quartier.

Enfin, ce projet repose sur l'accueil et l'écoute de la parole du jeune telle qu'elle se présente. Les difficultés exposées par le jeune et ses proches, les informations fournies et les demandes exprimées font l'objet d'une analyse pluridisciplinaire de la situation. Les dimensions familiales, éducatives, sociales, sanitaires et psychologiques sont mises en perspectives. Les ressources accessibles depuis son territoire d'appartenance sont mobilisées en priorité. En fonction de la demande exprimée par le jeune et sa famille et des nécessités une proposition de travail est faite au jeune et/ou à ses parents pour envisager l'accès à une prise en charge de droit commun.

Les 69 jeunes en situations de rupture, accueillis en 2011 et nécessitant une intervention sanitaire et sociale rapide (protection de l'enfance, psychiatrie, CSAPA, Hébergement d'urgence...) n'avaient pas d'autres interlocuteurs que le PAEJ.

En effet, sur le territoire des quartiers Nord de Marseille, de nombreux jeunes de moins de 25 ans ne disposent pas des connaissances, des compétences et des codes de communication pour accéder directement aux offres d'aide de droit commun qui leur sont faites.

Il est indispensable pour ces jeunes-là de renforcer les moyens d'accueil en y consacrant des temps, des espaces et des compétences. Ces moyens supplémentaires sont efficaces car ils permettent un diagnostic pluridisciplinaire préventif qui endigue une marginalisation précoce en cours qui nécessitera ensuite des moyens de prise en charge bien plus importants.

2.3.2 Les limites du fonctionnement du PAEJ

Comme nous l'avons vu plus haut, la situation financière du PAEJ, déficitaire sans possibilité de reprise, entraîne un Fond de Roulement d'Exploitation négatif qui affaiblit la situation financière de l'association. Conformément à la commande du conseil d'administration, je dois donc prendre des mesures immédiates pour équilibrer le budget du PAEJ des Quartiers Nord de Marseille. Ce dernier a des charges stables depuis 3 ans de

241k€ constituées à 78% (188k€) de charges de personnels et à 10% (24k€) de charges inhérentes aux locaux. Le reste des charges constitue les fournitures et charges externes nécessaires à l'activité, aux déplacements, à la communication.

Je devrais donc, d'une part, solliciter des produits supplémentaires à la hauteur des charges que représente le service rendu ; et, d'autre part, effectuer une réduction des charges.

Pour ce faire, il conviendra d'organiser et d'animer des négociations avec la Direction Départementale de la Cohésion Sociale en mobilisant tous les acteurs concernés : le comité de suivi institutionnel, le conseil d'administration, les partenaires opérationnels, les représentants locaux de l'état et les élus locaux.

En effet, le dispositif PAEJ repose sur une circulaire et n'est pas inscrit à l'article L-312-1 du CASF, et ne relève donc pas de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. De ce fait, son financement n'est pas assuré et dépend de subventions annuelles. Les PAEJ sont des structures de petites tailles qui mobilisent de petits moyens et présentent, de ce fait, une faible visibilité. De plus, leur approche complexe et transdisciplinaire peut paraître contradictoire dans un contexte de rationalisations des moyens de l'Etat. Tous ces éléments fragilisent le PAEJ Tremplin Santé Jeunes et menacent sa pérennité.

Il s'agit de communiquer pour démontrer la pertinence et l'efficacité du service rendu par le PAEJ pour la Cohésion Sociale dans les quartiers Nord de Marseille et ainsi permettre aux services déconcentrés de l'Etat des prises de décision éclairées.

A l'interne, le développement du service et l'approche complexe et transversale du projet ont conduit l'équipe du PAEJ à s'impliquer collectivement sur tous les champs d'activités proposés. L'activité atteignant le maximum possible compte-tenu des moyens disponibles, et la demande étant importante, il convient désormais de délimiter l'offre de service. Les moyens financiers étant, de surcroît, en diminution, je dois mener une restructuration du PAEJ Tremplin Santé Jeunes.

Pour ce faire, il convient de conduire une démarche qui permette de spécifier davantage les services rendus par le PAEJ et de mettre en évidence les différents champs d'expertises. Sans renier la pertinence de l'approche complexe et transdisciplinaire du projet, il convient de clarifier l'organisation du travail et de délimiter les moyens consacrés :

- A l'Education à la Santé et la Prévention des conduites à risques auprès de groupes de jeunes ;
- A l'animation et à la formation des réseaux de proximité ;
- A l'accueil inconditionnel des jeunes et de leurs proches ;
- A la prise en compte pluridisciplinaire et partenariale du jeune et de ses parents.

Ceci permettra ainsi à chaque partenaire financier de mieux se positionner par rapport à l'activité du service.

Cette démarche entrainera des évolutions dans le management de l'équipe du PAEJ. Les fonctions et tâches de chacun devront être précisées. L'organisation du travail sera modifiée en conséquence. De nouvelles compétences devront se développer, notamment en ce qui concerne le formalisme et l'évaluation, tout en valorisant l'expertise collective et son efficacité.

Ces mesures de clarification et de délimitation du service rendu permettront de structurer des partenariats conventionnels avec les différents acteurs opérationnels (prévention spécialisée, protection de l'enfance, psychiatrie et pédopsychiatrie, mission locale...). En effet, cette imprécision entraîne une collaboration au cas par cas avec ces partenaires, qu'il convient de mieux spécifier pour construire un travail commun.

2.3.3 Réflexion stratégique pour une amélioration de la situation du PAEJ

Au-delà des difficultés budgétaires et des limitations du service rendu qu'elles provoquent, il me semble que le PAEJ est confronté, en premier lieu, à un défaut de notoriété et de reconnaissance.

Les jeunes des quartiers « sensibles » cumulent des difficultés importantes multiples, au moment où ils sont en plein processus de construction comme sujet, comme citoyen, comme humain. Les causes urbaines, sociales, économiques et historiques de leur contexte d'existence sont connues. Pourtant, nombreux sont nos concitoyens qui, considérant la situation complexe de certains jeunes comme inextricable, parlent d'eux à la troisième personne et les renvoient à leur responsabilité, voire à leur culpabilité quant à leur situation.

C'est pourquoi il m'apparaît essentiel pour la cohésion sociale de notre Communauté Citoyenne de proposer des dispositifs qui permettent d'améliorer l'intelligibilité de ces situations.

L'offre d'accueil global de proximité que proposent les PAEJ permet une prise en compte transdisciplinaire qui peut favoriser la régulation préventive et le repérage de ces situations.

Comme le précise la *Charte de la transdisciplinarité* (1994) : « *La transdisciplinarité est complémentaire de l'approche disciplinaire ; elle fait émerger de la confrontation des disciplines de nouvelles données qui les articulent entre elles ; et elle nous offre une*

nouvelle vision de la nature et de la réalité. La transdisciplinarité ne recherche pas la maîtrise de plusieurs disciplines, mais l'ouverture de toutes les disciplines à ce qui les traverse et les dépasse. »

Le contexte de crise économique incite à la rationalisation des dépenses en délimitant le problème et la réponse pré-construite qui y correspond, pour ainsi, lui fixer un coût. Or, en l'occurrence, je suis convaincu que traiter les problèmes séparément coûte plus cher que de les prendre en compte tous ensemble et plus précocement.

Dans la situation de l'association TREMPLIN et de son PAEJ des Quartiers Nord de Marseille, il convient de démontrer comment l'expérience du PAEJ ces dernières années a mis en évidence la pertinence de ces principes d'action.

Me situant à la fin 2011, je proposerai donc un projet sur 2 ans (2012/2013) visant à mettre en évidence les résultats et la pertinence de l'action des PAEJ en général et du PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES en particulier, à améliorer le service rendu en le professionnalisant, et à communiquer et promouvoir son utilité auprès des partenaires financiers et opérationnels.

La première année (2012) sera consacrée à l'instauration d'une démarche d'évaluation systématique qui produira ses premiers effets au bout d'une année. 2012 sera également l'année de la transition vers un nouveau projet et un nouveau mode de fonctionnement du PAEJ qui sera effectif en 2013.

Concomitamment, ces démarches d'évaluation et de restructuration s'accompagneront d'une démarche de communication et de négociation avec les partenaires financiers.

Pour ce faire, j'engagerai l'équipe dans une démarche qualité et je promouvrai une culture de l'évaluation. Si le système des subventions porte en lui une culture du projet, il conduit également à se limiter à des projets à court terme (1 an) et à fractionner l'activité selon le financeur, le public et le territoire. Il s'agit donc de renforcer la cohérence du projet de service et de mettre en place des procédures d'évaluations transverses et conformes au secteur social et médicosocial. Cette démarche doit renforcer la légitimité du service rendu et permettre une meilleure communication de son utilité.

En parallèle, je conduirai la restructuration de l'offre de service par champs d'expertise et en adéquation avec les moyens disponibles. Il s'agit de modifier l'organisation du service en précisant davantage les prestations proposées aux différents publics et en y affectant plus précisément les compétences disponibles. Cette démarche doit permettre d'éclairer davantage les décisions du comité de suivi institutionnel et de l'association dans un contexte de restriction des moyens. Elle favorisera également le repérage des coopérations possibles avec le réseau partenarial afin de garantir une continuité du service rendu.

Enfin, il s'agira de mieux faire connaître et reconnaître l'efficacité du service rendu pour gagner en pérennité. En effet, la période antérieure a permis l'expérimentation d'hypothèses de travail en direction des jeunes des quartiers, le manque de pérennité limite la notoriété des résultats de l'action. J'organiserai donc une stratégie de communication visant la valorisation et la promotion des réponses proposées particulièrement pertinentes pour les jeunes des quartiers Nord de Marseille.

3 Pour un accueil préventif pluridisciplinaire : valoriser et promouvoir les expérimentations

3.1 Engager une démarche d'évaluation pour valoriser les actions

3.1.1 Evaluation et démarche qualité

Le Référentiel professionnel des directeurs d'établissement ou de service d'intervention sociale (circulaire DGAS/SD4A/2007/310 du 6 août 2007) indique que « *les directeurs élaborent, conduisent et veillent à l'évaluation du projet d'établissement ou de service dans le respect du projet de la personne morale auquel il peut contribuer et des orientations des politiques publiques, en s'assurant de l'adhésion de l'ensemble des acteurs. Ils initient et développent les partenariats et le travail en réseau* ».

Patrick LEFEVRE (2011) affirme : « *Le projet d'établissement est une contribution à la démarche qualité qui peut elle-même être traduite comme suit :*

Conformité : *l'établissement obéit-il aux critères définis et aux cadres fixés par son habilitation ou son autorisation ?*

Efficience : *l'établissement développe-t-il un projet et des actions susceptibles de produire des effets bénéfiques auprès des usagers et auprès des partenaires ?*

Utilité : *l'établissement permet-il aux usagers des évolutions notables et des capacités nouvelles d'adaptation, d'insertion ou tout simplement d'amélioration des potentiels ? L'établissement a-t-il une réelle utilité sociale dans son environnement et auprès des autorités et partenaires »*

Ainsi, il s'agira d'associer la démarche projet à la démarche d'évaluation. En effet, conduire un projet d'établissement, c'est promouvoir les valeurs associatives, c'est améliorer la situation des usagers et leur rendre le meilleur service possible, c'est valoriser les compétences et savoir-faire efficaces. L'évaluation concerne donc l'association dans sa dimension *politique*, les usagers en tant que bénéficiaires, et les professionnels impliqués dans l'action.

Au-delà de la dimension de conformité et de contrôle du rapport coût/service rendu, conduire l'évaluation d'un projet consiste à dynamiser une démarche collective et

participative pour *mesurer* ce qui a été fait, *réguler* ce qui se fait et *questionner le sens* de ce que l'on veut faire.¹⁴

J'alimenterai une réflexion qui croise :

Une dimension rationnelle qui délimite et catégorise les situations initiales, les différentes étapes et la situation finale attendue pour pouvoir comparer avec la situation atteinte ;

Une dimension systémique qui observe les évolutions des liens entre les différents acteurs et éléments du contexte ;

Et **une dimension herméneutique** qui vise à *interpréter* la dimension symbolique de ce qui est fait et exprimé. Paul RICŒUR (1965) définit l'*interprétation* comme «*le travail de pensée qui consiste à déchiffrer le sens caché dans le sens apparent* ».

Ainsi, le principal enjeu dans la conduite d'une démarche d'évaluation réside dans la nécessité de mobiliser tous les acteurs impliqués (association, usagers, salariés, partenaires, autorité de contrôle) autour de ces trois dimensions.

Cela signifie que je devrai impulser une dynamique pour faire évoluer à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement les représentations et modes de communications à propos de la qualité, des valeurs et des compétences. Il s'agira donc d'œuvrer au développement d'une culture évaluative au sein de l'établissement par la définition d'une stratégie de communication adaptée et différenciée.

Sur le plan législatif, l'article L. 311-8 du CASF précise : «*Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.*»

Pour les établissements relevant de l'article L-312-1 du CASF, deux niveaux d'évaluation sont mis en place. *L'évaluation interne* conduit l'établissement à se mobiliser pour produire un document de référence sur la qualité du service rendu. *L'évaluation Externe* fait appel à un organisme extérieur qui procède à une évaluation des activités de l'établissement en se référant au contenu de l'évaluation interne.

Pour accompagner cette évolution, l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) publie des *recommandations de bonnes pratiques professionnelles* et habilite les organismes chargés de l'évaluation externe.

¹⁴ BONNIOL J.-J. ; VIAL M. ; *Les modèles de l'évaluation*, De Boeck, 1997

Je me référerai, dans mon projet, à la recommandation de l'ANESM intitulée : « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles » (Juillet 2009) qui propose une méthodologie en 4 phases qui seront mes objectifs.

La phase 1 : Définir le cadre évaluatif de l'établissement ou du service

Elle se décompose en trois étapes : énoncer les fondements de l'activité (missions, valeurs associatives, objectifs généraux) ; caractériser le profil des populations bénéficiaires ; spécifier les objectifs de l'accompagnement et les critères d'appréciation des activités.

La phase 2 : Recueillir des informations fiables et pertinentes

Elle consiste à identifier les sources de données, à recueillir et classer les informations qualitatives et quantitatives.

La phase 3 : Analyser et comprendre les informations recueillies

La phase 4 : Construire un plan d'amélioration et diffuser les résultats

Dans le contexte particulier du PAEJ Tremplin Santé Jeunes, il convient de tenir compte des *représentations* des acteurs qu'il s'agit de faire évoluer. En effet, la pratique d'intervention sociale préventive est basée sur *la proximité, la libre adhésion et le non-jugement*. La recherche de *résultats* et d'*effets* de l'action peut apparaître comme incongrue voire contradictoire dans une démarche d'intervention sociale qui se veut systémique et qui prône l'humilité face aux évolutions du public. Pour contourner cet écueil, je ne pousserai pas à la recherche de liens systématiques de cause à effet entre l'intervention professionnelle et l'évolution du public. Je veillerai à nous engager plutôt dans deux démarches distinctes : l'une qui caractérise précisément la population, sa spécificité et ses évolutions ; l'autre qui spécifie les objectifs de l'intervention, ses activités et ses pratiques. Ce n'est que dans un second temps que j'interrogerai la mise en évidence de corrélations entre ces deux démarches. De même, la notion de « *bonne* » pratique ne doit pas être considérée comme la recherche d'un *modèle* normatif auquel on doit se conformer. J'introduirai plutôt l'idée d'une démarche qui vise la définition de *pratiques de référence* permettant de se situer.

En parallèle, il sera important de valoriser l'expertise particulière d'une pratique qui s'exerce au plus proche de la réalité quotidienne des populations et qui revêt une dimension d'adaptabilité permanente, propice aux pratiques innovantes. Naturellement, je ne pourrai parler d'innovation qu'à partir du moment où la pratique expérimentale sera explicitée et donc transférable ailleurs et pour d'autres praticiens.

3.1.2 Expliciter les caractéristiques du public pour valoriser la spécificité du service rendu.

L'initiation d'une démarche d'évaluation au PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES date du début 2010. Un travail a été mené avec les Atelier Santé Ville de Marseille afin de croiser les objectifs du projet d'établissement et la méthodologie proposée par l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive Suisse dans le guide de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention(2007). Ensuite, une stagiaire en Master II du Laboratoire de Santé Publique de la faculté de médecine de Marseille a été accueillie pendant 5 mois pour proposer un manuel de procédure d'évaluation en référence au rapport d'activité type de la circulaire 2002/145 et des activités et pratiques de l'établissement.

En Septembre 2010, un protocole d'Evaluation a été mis en place déclinant l'activité en fiches projet annuel et en fiches d'activité (ANNEXE 3). Quatre types d'activité ont été identifiés :

- L'accueil et l'accompagnement de situations individuelles de jeunes ;
- L'intervention en direction de groupes de jeunes ;
- L'intervention en direction de groupes de parents ;
- L'intervention en direction de groupes de professionnels.

Une heure hebdomadaire a été libérée pour chaque membre de l'équipe afin de pouvoir renseigner ces outils dans la régularité. Le secrétariat a été organisé pour pouvoir classer et compiler les données.

De Janvier à juillet 2011 l'équipe a mené un travail visant à la réactualisation du projet du PAEJ, à la redéfinition des missions, du public, des objectifs, des types d'activités et des points forts et points à améliorer. Une demi-journée mensuelle y a été consacrée.

De Septembre à Novembre 2011, j'ai animé trois séances de travail avec l'équipe du PAEJ. L'une à propos des valeurs associatives et de leurs compatibilités avec le projet PAEJ, et les deux autres pour construire et valider un document Powerpoint de référence destiné à être présenté au conseil d'administration et au comité de suivi institutionnel avant le démarrage des procédures de demande de subvention 2012.

Pour 2012, les données quantitatives recueillies par les biais du système de fiches d'activité permettront de renseigner le rapport d'activité type des PAEJ conformément à la circulaire 2002/145. Après avoir présenté ces résultats chiffrés à l'équipe, je demanderai à chacun de ses membres de produire un texte complémentaire à propos de sa pratique pour le mois de Mars. Je préciserai que je m'appuierai sur ces textes pour rédiger la partie qualitative du

rapport d'activité qui sera présenté à l'Assemblée Générale de l'association en Avril et sera diffusé ensuite aux financeurs du projet.

Mon but sera d'impliquer le plus possible l'équipe dans cette démarche de rendu-compte. En effet, il me paraît essentiel que l'effort de formalisme quantitatif qui leur est demandé pour se conformer aux nouvelles procédures d'évaluation, produise le plus rapidement possible, des retours visibles en terme qualitatif. Je voudrais que l'équipe s'approprie le rapport d'activité annuel comme un outil d'expression et de valorisation de la pratique du PAEJ Tremplin Santé Jeunes.

Au dernier trimestre 2011, j'ai pris contact avec un prestataire concepteur de base de données qui a déjà créé un outil de ce type pour d'autres PAEJ adhérents de la fédération ANPAEJ. J'ai adapté avec lui, la base proposée dans une autre région à l'activité spécifique du PAEJ de Marseille. J'ai soumis cet investissement au conseil d'administration de l'association qui l'a consenti.

A partir de Janvier 2012, une base de données sera donc mise en place pour traiter l'activité d'accueil et d'accompagnement des situations individuelles de jeunes. Deux journées de formations seront organisées début Janvier et mi-Avril avec le concepteur. A partir de Juin 2012, une autre base de données sera mise en place pour traiter les activités de groupe.

Ces mesures concernant le recueil de l'activité et le rapport d'activité sont destinées, par la mise en place de procédures simples et systématiques, à améliorer la transparence à propos de la quantité d'activité réalisée et ainsi pouvoir consacrer plus d'énergie à la dimension qualitative spécifique.

En Septembre 2012, les données recueillies nous permettront de produire un premier relevé quantitatif des situations individuelles de jeunes accueillis depuis Janvier 2012.

Nous pourrions identifier précisément et quantifier :

- Les arrondissements d'origine des jeunes,
- Les classes d'âge et sexes,
- Le lien avec les parents et la famille,
- Les types de problématiques repérées que nous pourrions catégoriser de la manière suivante :

catégories	Sous-catégories
Conduites à risques	Sexualité Consommations de substances psychoactives Violence agie

	Autres...
Souffrance psychique	Angoisse Troubles du sommeil Problèmes relationnels Problèmes d'identité sexuelle Deuil Autres...
Problématiques familiales	Fugues Violences physiques et sexuelles Conflits familiaux Autre...
Problèmes sociaux	Hébergement d'urgence Droit des étrangers Accès à l'emploi et au logement Problème de justice Accès aux droits de santé Autre...
Décrochage scolaire des moins de 16 ans	Conseil de discipline Autres...

Un tableau de bord trimestriel (Septembre 2012, Décembre 2012, Mars 2013, Juin 2013) sera mis en place afin d'observer les évolutions et de s'y adapter.

En Décembre 2012, ce tableau de bord sera complété par la spécification des publics bénéficiant d'une activité de groupe.

Catégories de public	indicateurs
Jeunes	arrondissement d'origine Classes d'âge et sexe Partenaire qui a mobilisé les jeunes Thématiques
Parents	arrondissement d'origine Partenaire qui a mobilisé les parents Thématiques
Professionnels	service d'origine Thématiques

A partir des données produites, l'équipe sera engagée à spécifier plus précisément le service rendu.

A partir des indications révélées par le tableau de bord de Septembre 2012, il sera demandé à chaque salarié de produire pour Décembre 2012, un texte qui décrit le travail effectué avec un jeune accueilli et accompagné. Ces productions me permettront d'alimenter la partie qualitative du rapport d'activité 2012.

Pour le travail de groupe, une fiche projet (ANNEXE 3) sera produite avant le démarrage de l'action (mis en place en Septembre 2011). Je validerai ces fiches projets avant le démarrage de l'action. Je vérifierai le caractère partenarial de l'action, l'adéquation entre ce projet et les objectifs de l'établissement, les moyens nécessaires à l'action et les critères d'évaluation. A la fin de l'intervention, un compte-rendu décrira la démarche pédagogique et partenariale (à partir de Juin 2012). Là aussi, le traitement de la base de données permettra au praticien de se concentrer davantage sur la description qualitative de son activité. Je délèguerai au chef de service la rencontre des partenaires en fin d'action avec la tâche de me faire retour des remarques et perspectives à propos de ce partenariat.

Fin 2013, après une année complète de la nouvelle organisation avec ces nouveaux outils d'évaluation, il conviendra de réajuster les catégories et indicateurs sur la base de l'analyse des éléments ainsi recueillis. Grâce à une connaissance plus précise du public rencontré et du service rendu, je pourrai alors définir des objectifs d'amélioration sur la base d'une plus grande lisibilité des activités. Je compte m'appuyer sur une explicitation plus précise de la pratique et du service rendu pour mettre en évidence des compétences manquantes ou non-valorisées. Ces informations me permettront d'abord, de rechercher et d'identifier de nouveaux partenariats, puis de développer ces compétences au travers du plan de formation, et enfin, de valoriser de nouvelles compétences dans de nouveaux projets.

Parallèlement, une procédure de recueil de la satisfaction des usagers et partenaires se mettra en place. Déjà, depuis 2010, une boîte à idée et un cahier d'expression sont présents dans l'espace d'accueil. Nous en retirons surtout des remerciements mais peu de critiques.

Pour les projets de groupe, un questionnaire d'évaluation est proposé en fin de projet aux bénéficiaires depuis 2011 (ANNEXE 3). Il recueille la satisfaction des participants à propos des contenus et de la pédagogie employée. Ils sont traités par le membre de l'équipe qui rédige le compte-rendu de l'action qui m'est soumis pas le chef de service.

Pour les groupes d'échange de pratique entre partenaires de proximité, depuis 2010, un questionnaire d'évaluation est soumis chaque année en Juin mais il y a peu de retour.

La spécification plus précise des publics et des prestations va permettre un meilleur ciblage pour recueillir la satisfaction des usagers. Après 2013, nous pourrions envisager la mise en œuvre d'une enquête auprès d'un échantillon de jeunes accueillis. Comme nous ne disposons pas des moyens humains pour effectuer ce travail, je chercherai à nouer un partenariat avec un laboratoire de recherche en psychologie.

3.1.3 Valoriser les compétences pour une évolution de la culture professionnelle

Pour renforcer l'identification du service particulier qui est rendu aux usagers, il est indispensable de délimiter clairement les champs d'action des différents membres de l'équipe.

De Janvier à Mars 2012, je rencontrerai avec le chef de service chacun des membres de l'équipe pour valider avec eux une fiche de poste (ANNEXE 4) qui précise le profil du poste occupé, son niveau de qualification et de responsabilité, ses missions et activités. Cette fiche sera actualisée annuellement lors d'un entretien de progrès. Cet entretien visera également à identifier les compétences à développer et à envisager des formations professionnelles. Cette procédure permettra à chaque acteur d'identifier son rôle et de le faire évoluer.

Le budget du plan de formation me permet d'inscrire deux journées de formation intra par an. En 2012, l'une portera sur les outils de recueil de l'activité et l'utilisation des bases de données. L'autre, en Juin 2012, portera sur la clinique de l'adolescent. En 2013, la première portera sur les écrits professionnels et l'autre sur les projets pédagogiques et l'animation en groupe. Ainsi, le plan de formation permettra de cultiver une culture commune qui renforce le lien entre formalisme et pratique.

En parallèle de cette démarche d'harmonisation des pratiques propre du PAEJ Tremplin Santé Jeunes, il convient de délimiter les complémentarités avec les partenaires afin de pouvoir les valoriser. La base de données permettra d'identifier précisément les partenaires avec qui l'équipe travaille dans l'accompagnement des situations individuelles de jeunes. En Janvier 2013, notre démarche d'évaluation me permettra de mieux délimiter les situations où nous coopérons avec nos partenaires et les complémentarités de nos missions et compétences. Je demanderai à l'équipe de préciser les rôles respectifs dans l'accompagnement des usagers. Je proposerai au partenaire une démarche équivalente avec ses équipes afin d'envisager des conventions de partenariat qui stipulent les

complémentarités repérées de part et d'autre, les champs d'action communes et leurs limites, notamment en terme de moyens consentis.

Le développement du partenariat permettra d'inscrire le PAEJ plus clairement dans le dispositif, en délimitant son rôle de manière plus précise. Cette démarche concernera en priorité, la prévention spécialisée, les services sociaux du CG13 et notamment de protection de l'enfance, la pédopsychiatrie, les services d'hébergement d'urgence pour les jeunes, les services de PJJ et la Mission Locale.

Une démarche d'évaluation est une nécessité pour faire vivre le projet d'établissement et décider d'axes stratégiques de développement. Elle doit alimenter la réflexion sur l'action pour lui donner du sens. Elle doit permettre de valoriser les pratiques nouvelles, de mieux spécifier le public et ses besoins ainsi que les réponses qui sont imaginées au quotidien. La démarche doit servir la valorisation et la reconnaissance des acteurs.

De manière transversale, la dimension de la culture professionnelle ne doit pas être négligée. Le terme même d'*évaluation* renvoie de manière quasi-systématique au contrôle et à la mesure des écarts. L'expérience scolaire de chacun est ravivée par ce terme. L'identité de l'Education Spécialisée est interpellée en opposition à une vision trop Institutionnelle. Cela entraîne parfois des postures de principe caricaturales. Dans une moindre mesure, il en va de même des notions de *Valorisation* et de *Communication*. La « Com » est parfois associée à une démarche publicitaire illégitime.

Il est donc important, en toute occasion, de faire évoluer les représentations liées à l'évaluation par une démarche pédagogique qui resitue la notion entre Conformité, Régulation de l'action, et Questionnement du sens de l'action. Pour ce faire, j'intégrerai pleinement l'évaluation dans la démarche projet. Chaque projet écrit et proposé signifiera la Visée du projet, les instances de régulation du projet, et enfin les résultats attendus. Ce travail s'intégrera à la démarche de formation et de professionnalisation de l'Institution.

Dans le contexte d'un service de prévention qui intervient dans la proximité, il est par ailleurs essentiel de sensibiliser chacun à l'importance d'une communication institutionnelle. Chaque acteur de l'institution doit être conscient de son rôle représentatif auprès des familles et des partenaires. Il est important que chaque salarié maîtrise les missions, actions et limites de son intervention et de celle de son établissement. Pour ce faire, j'engagerai chacun dans une démarche pédagogique d'explication de ce que fait, peut faire et ne pas faire le PAEJ Tremplin Santé Jeunes pour un public non-averti.

Par ailleurs, la construction d'une culture commune passe également par la valorisation du travail bien fait. *Le travail de qualité* se définit souvent de manière assez cohérente sans qu'il soit vraiment possible de l'expliciter. Cette définition partagée semble se construire

« en creux » et par l'exemple et le retour de situations individuelles de jeunes. Un travail de partage et de communication des réussites permettra de définir ce qui fait la qualité du travail par la valorisation des acteurs. Cette démarche d'évaluation ne doit se concentrer sur ce qui ne fonctionne pas bien mais valoriser aussi ce qui doit l'être. J'encouragerai autant que possible chacun à rendre compte de réussites particulières dans les rapports d'activité, dans les réunions institutionnelles et dans les séminaires d'échange de pratiques partenariales.

Enfin, il convient de soutenir l'explicitation de la Pratique. Savoir dire ce que l'on fait permet de favoriser l'échange et d'initier une démarche réflexive. L'explicitation de la pratique est à la fois une compétence nécessaire à l'action éducative et sociale et un outil pour la régulation et l'évaluation. Il est nécessaire de ménager des espaces aux acteurs pour conter et raconter afin qu'ils apprennent à rendre compte. Pour ce faire, je créerai des espaces d'échange de pratiques entre professionnels pour permettre l'explicitation des savoirs et savoir-faire et amorcer ainsi l'idée d'un référentiel de pratique. Ainsi, l'évaluation renvoie à la conduite stratégique du projet et au management mais également à la communication externe. Il s'agit en effet de gagner en lisibilité et d'expliquer ce qui se fait aux différents partenaires (famille, professionnels et autorité de contrôle) de manière claire et intelligible. C'est en ce sens que l'évaluation favorise le droit des usagers.

3.2 Adapter l'offre de service aux attentes des politiques publiques et aux besoins des usagers :

3.2.1 Délimiter l'activité par champs d'expertise

Le PAEJ Tremplin Santé Jeunes propose :

- Des actions pédagogiques d'éducation à la santé et de prévention des conduites à risques en direction de groupes de jeunes chez les partenaires de proximité (collèges, lycées et centres sociaux);
- Des formations thématiques et ateliers d'échange de pratiques aux professionnels ;
- Des groupes de parole destinés aux parents d'adolescent ;
- Des ateliers pédagogiques d'expression destinés à des groupes d'adolescents dans les locaux du PAEJ ;
- Un accueil individuel inconditionnel des jeunes et de leurs proches.
- Une prise en compte pluridisciplinaire et partenarial du jeune et de ses proches.

Dans la phase de création et de développement du projet (2006/2009), avec l'accord du comité de suivi institutionnel, cette offre a été proposée de manière globale aux partenaires et aux populations. Avec le développement de l'activité et la restriction des moyens financiers, l'offre a atteint ses limites quantitatives. Il convient désormais de délimiter précisément la part de chacune de ces activités.

La demande d'intervention concernant la prévention des conduites à risques et l'éducation à la santé chez les partenaires éducatifs de proximités est très importante (44 établissements scolaires du second degré et 27 équipements d'animation socioculturelle dans les quartiers nord de Marseille). Cette activité nécessite des compétences pédagogiques spécifiques de santé publique et de promotion de la santé.

A partir de Janvier 2012, sera créé un poste de travail de chargé de projet d'éducation à la santé, spécifiquement dédié à cette activité qui sera dissociée de l'activité du PAEJ. Ceci permettra de mieux rendre compte de l'activité relevant directement de la santé publique qui a ses méthodologies particulières. En Septembre 2011, lors de la rencontre bilan avec les représentants départementaux de la MILDT, il m'a été renvoyé la difficulté de lisibilité entre l'activité de prévention en milieu scolaire qu'ils pilotent et l'activité globale du PAEJ. Il faut préciser que depuis 2010, cette mission a été confiée au *préfet délégué pour la défense et la sécurité*. Nous avons alors convenu de cette nouvelle organisation. La MILDT financera ce poste de travail et cette activité fera l'objet d'un rapport d'activité spécifique dès la fin 2012.

La demande d'intervention en direction de groupes de parents est également très importante de la part des partenaires. Cependant, cette activité ne bénéficie pas d'un financement spécifique. Pour le budget 2012, des demandes de subventions spécifiques seront déposées auprès des organismes compétents. Je déposerai un projet auprès de la CAF dans le cadre de l'appel à projet des Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents ; et de l'ARS dans le cadre de l'appel à projet du Schéma Régional de Prévention qui invite à des projets de soutien à la parentalité.

Nous fixerons comme premier objectif, la mise en place de 10 rencontres parents chez les partenaires de proximité avec un éducateur et un psychologue. Cela équivaudra à une intervention mensuelle, ce qui est faisable avec les moyens humains actuels. Cependant, nous ne démarrerons cette action qu'en Septembre 2012 en fonction des montants de subventions obtenues. Les actions se mettront en place de Septembre 2012 à Septembre 2013.

Dès Janvier 2012, l'activité du PAEJ se concentrera sur les objectifs spécifiques des PAEJ définis plus haut :

Objectif 1 - Soutenir les adultes quotidiennement impliqués dans la relation avec les adolescents par une action de Proximité.

Il s'agit d'offrir à ces acteurs, des interlocuteurs et des espaces de réflexion et d'élaboration leur permettant de prendre en compte les signes de mal-être des adolescents qu'ils fréquentent. Ainsi, c'est dans ce cadre que nous proposerons des groupes d'échange de pratique et de formation, et des partenariats pour construire des ateliers d'expression.

Objectif 2 - Accueillir le mal être des adolescents et jeunes adultes et leur entourage.

Il s'agit de ménager un espace et un temps qui permettent de poser globalement et sans aucune condition ses questionnements et ses difficultés. Nous construirons une offre claire favorisant la réactivité et la transdisciplinarité.

Objectif 3 - Favoriser la remise en lien du jeune avec son environnement: familial, scolaire, social, éducatif, professionnel...

Il s'agira d'aider le jeune à établir des priorités, faire des choix et si besoin élaborer une demande d'aide intelligible qui corresponde aux dispositifs de prise en charge qui lui sont proposés. Ensuite, il conviendra d'accompagner sa démarche et de coordonner ses différents interlocuteurs.

Au premier trimestre 2012, après validation par le conseil d'administration, je réunirai le comité de suivi institutionnel pour lui faire part de ces décisions et de la nouvelle offre de service proposée pour 2013. J'identifierai avec eux les partenariats complémentaires à contractualiser avec les services de droit commun (prévention spécialisée et protection de l'enfance, pédopsychiatrie et psychiatrie, CSAPA, Mission Locale), et les inviterai à contribuer à leur construction par leur validation des complémentarités que nous repérons.

3.2.2 Restructurer le service en cohérence avec les nouvelles orientations.

A) L'offre de service 2013

Tout au long de l'année 2012, je conduirai une réorganisation qui aboutira, en Janvier 2013. Après l'étude de l'activité, des besoins, et des moyens potentiellement mobilisables, j'ai construit une proposition de fonctionnement qui me parait avoir le meilleur rapport entre service-rendu et coût. Ce nouveau projet nécessite 207 k€ (241 k€ en 2011) et 3.7 ETP (4.5 ETP en 2011). L'offre de service vise trois types de publics : le jeune et son entourage, les acteurs éducatifs de proximité, les acteurs des dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale.

Pour le jeune et son entourage :

La mission d'accueil et d'accompagnement individuel était répartie entre toute l'équipe (4,5 ETP dont 2.4 Educateurs spécialisés, 0,7 psychologue et 0.8 Chef de service) avec l'engagement d'organiser une rencontre dans les 48 heures avec deux membres de l'équipe. Trois permanences sans rendez-vous étaient fixées les Lundi, Mercredi et Vendredi de 15h à 18h. Une séance d'analyse de pratiques mensuelle avec un intervenant extérieur était programmée et une réunion clinique pluridisciplinaire hebdomadaire avait lieu en interne. L'offre proposée pour 2013 est la suivante :

Trois permanences d'accueil sans rendez-vous en binôme d'éducateurs (12 heures hebdo : Le lundi de 16h à 19h - Le mercredi de 14h à 19h30 - Le vendredi de 15h à 19h30) et une permanence d'accueil sur rendez-vous de psychologue (4h : Le Mercredi de 15h à 19h).

Les moyens d'accueils sont renforcés sur les Mercredi et Vendredi après-midi car ce sont les créneaux les plus fréquentés. L'amplitude horaire a également été augmentée car les disponibilités en fin d'après-midi sont les plus grandes pour le public.

Une analyse de pratique hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire avec un intervenant extérieur (2h) : Le Lundi de 14h à 16h. Ainsi, nous renforcerons les moyens d'analyse de pratiques et réduirons le temps de psychologue en interne.

Chaque éducateur dispose de trois heures hebdomadaire hors permanences pour rencontrer ou effectuer des démarches individuelles avec des jeunes. Il convient toutefois de préserver un volant d'heure de travail pour l'accompagnement des jeunes par les éducateurs sur la base de la libre adhésion.

La procédure d'accueil est ainsi définie : Après un premier accueil inconditionnel du jeune et de ses proches par un binôme d'éducateurs qui entendent la situation telle qu'elle se présente et qui présentent la structure. La situation est exposée en analyse de pratique en équipe pluri-disciplinaire. Une proposition est alors faite au jeune et/ou à ses proches pour un travail avec les éducateurs et/ou avec le psychologue et éventuellement une mise en lien avec un partenaire.

Pour les acteurs éducatifs de Proximité.

Il s'agit des professionnels des centres sociaux et du secteur associatif local, des collèges et lycées, des équipes de prévention spécialisées.

En 2011, 6 journées de formations thématiques et 14 séances de groupes d'échanges de pratiques avaient lieux en deux sous-groupes territoriaux. Des actions de prévention en direction de groupes de jeunes se construisaient avec les participants.

Ayant atteint nos limites en terme de disponibilité, et privilégiant le soutien au repérage et à l'orientation des situations de jeune en rupture, ma proposition pour 2013 sera :

12 séances annuelles de Groupe d'Echange de Pratique animées par un éducateur et un psychologue sur l'ensemble du territoire. 3 journées annuelles de formations thématiques animées par un éducateur et un formateur (conduite suicidaire, addiction, adolescence,...) dont les thèmes sont à déterminer selon les besoins repérés avec les partenaires. ½ journée hebdomadaire consacrée à l'accueil de groupes de jeunes par un éducateur au PAEJ pour des projets partenariaux d'ateliers d'expression visant le développement des compétences psychosociales des jeunes.

Le Groupe d'Echange de Pratiques Relationnelles vise à réguler les relations interpersonnelles entre adultes et adolescents et à conforter les uns et les autres dans leurs rôles et fonctions. En introduisant la possibilité d'assumer ses divers rôles, en jouant avec les postures (Adulte, Citoyen, Parent, Professionnel...), cette modalité d'intervention est destinée à encourager les acteurs à se sentir concernés et utiles par la prévention et le repérage des signes de mal-être des adolescents qu'ils fréquentent. Ces séances feront l'objet d'un compte-rendu et permettront d'explicitier les modalités de communication et d'orientation vers l'accueil du PAEJ (accompagnement physique, accompagnement conjoint, mobilité de l'équipe PAEJ, évaluation de l'urgence des situations), et les thématiques qui nécessitent un approfondissement sous la forme de journées thématiques de formation. J'ai prévu une ligne budgétaire spécifique afin de faire appel si nécessaire à un formateur externe.

Pour les acteurs des dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale

Des partenariats sont construits ou en cours de construction avec la Mission Locale de Marseille, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les Maisons de la Solidarité, la pédopsychiatrie et la psychiatrie, les CSAPA pour améliorer l'accès des jeunes à ces dispositifs. J'affirmerai le rôle du PAEJ comme de relais de proximité dans certaines prises en charge et comme facilitateur de l'accès aux dispositifs lorsque nécessaire. En 2012, j'effectuerai un état des lieux avec chacun des dirigeants concernés afin de recueillir les besoins des partenaires quant à l'offre d'accueil de proximité PAEJ. J'expliciterai les besoins du PAEJ en termes de fluidité des orientations et d'accompagnement conjoint. Alors, il s'agira d'envisager les modalités de communication et d'orientation.

Au niveau fonctionnel et opérationnel, je proposerai systématiquement des rencontres inter-équipes sur le territoire pour approfondir les contours des complémentarités. Je chargerai le chef de service d'organiser ces rencontres et de m'en fournir un compte-rendu. Chaque éducateur disposera de trois heures hebdomadaire pour ces rencontres.

B) Les Moyens en 2013

Moyens humains

Pour mettre en œuvre ces services, il convient de mobiliser les moyens humains suivants :

fonction	ETP annuel 2011	ETP annuel 2012	tâches	Coût annuel 2012
Educateurs	2.4	2	Accueil, écoute et accompagnement ; évaluation et bilan	65000 €
Psychologue	0.7	0.3	Accueil et groupe d'échange de pratiques, compte-rendu, évaluation et bilan	16500 €
Secrétaire	0.6	0.8	suivi des dossiers de subvention, recueil de l'activité et évaluation, gestion des plannings, communication, accueil téléphonique et physique, intendance	27100 €
Chef de service	0.8	0.6	organisation, réseau et représentativité institutionnelle opérationnelle, bilan et évaluation	32600 €
TOTAUX	4.5 ETP	3.7 ETP		141 200 €

Il convient également de prévoir des prestations en vacation pour :

Analyse de pratique : 12750 €

Formateur occasionnel : 2250 €

Privilégiant la nécessité d'accueillir le public avec réactivité, j'ai choisi de préserver au maximum les moyens humains d'éducateurs. Je propose donc un projet qui réduit essentiellement du temps de psychologue et de chef de service.

L'engagement dans la structuration de partenariat me demandera une plus grande implication en 2012, mais en 2013, le chef de service pourra s'appuyer sur des modes de coopération et de fonctionnement plus clairs et ainsi gagner du temps. Pour pallier la diminution de temps de chef de service sur le plan de l'organisation, le temps de secrétariat sera augmenté de 0.1 ETP.

Le temps de psychologue a été réduit de 0.7 ETP à 0.3 ETP. J'ai concentré sa tâche sur l'accueil du public et l'animation des groupes d'échange de pratiques. Pour pallier à cette diminution, je renforcerai les vacations d'analyse de pratique (hebdomadaire et non plus mensuelle) et j'ai prévu un budget pour faire appel à des formateurs occasionnels. Ce

dernier point peut nous permettre une réponse plus adaptée aux besoins de nos partenaires de proximité. De plus, je compte sur le renforcement du partenariat avec les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie pour renforcer la fluidité entre notre accueil et leurs services.

Moyens matériels

Les locaux du PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES

Un véhicule de service

Trois lignes de téléphone mobile professionnel pour les deux éducateurs et le coordinateur.

Proposition de Budget Prévisionnel annuel (ANNEXE 5)

Sous cette nouvelle forme, le fonctionnement du PAEJ coûtera ce qui est indiqué dans la colonne « CHARGES ».

Du côté de la colonne « PRODUIT », j'ai considéré un maintien des subventions DDCCS, CG13, Région et Ville de Marseille identique à 2011, une acceptation des demandes faites à l'ARS concernant le *Schéma Régional de Prévention*, et un complément au CUCS (bien inférieur aux subventions des années antérieures).

3.2.3 Pilotage, évaluation et montage financier

Issue de la loi 1998 de lutte contre les exclusions, le dispositif POINT D'ACCUEIL ET D'ECOUTE JEUNES vise l'accès à la santé globale telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé pour des publics fragilisés par la précarité. Il dépend de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale. La circulaire 2002/145 précise : « *Les prestations des points d'accueil et d'écoute jeunes doivent bénéficier dans le cadre de la compétence conjointe de l'Etat et des conseils généraux, et avec l'appui des autres collectivités locales, de financements stables, pérennes et partagés. (...) La règle qu'il convient de retenir est un financement Etat consolidé, non compris le fonds interministériel de la ville, au plus égal à 50 % du budget pérenne de la structure. Les autres financements s'apprécient en incluant, le cas échéant, les prestations en nature valorisées (locaux et personnels), les contributions des collectivités locales, essentiellement communes et départements,...* ». Le PAEJ se positionne donc à l'interface territoriale des politiques publiques éducatives, sanitaires et sociales concernant la jeunesse. Outre la DDCCS qui agréé le dispositif, 5 autres politiques publiques sont concernés. Le Conseil Général des Bouches du Rhône se réfère depuis 2009, à une charte de partenariat avec la Maison Départementale de l'Adolescent qui est inscrite dans le *schéma départemental de l'enfance*

et de la famille. L'Agence Régionale de Santé (ARS) a inscrit dans le Schéma Régional de Prévention 2012 – 2016 « la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant une souffrance psychique ». La Ville de Marseille développe une action volontaire de prévention des conduites à risques des jeunes. Le Conseil Régional est « chef de file » en ce qui concerne la formation et l'insertion des jeunes de 16 à 25 ans. 65% du public du PAEJ est de son ressort. Jusqu'à 2011, la participation financière de la Région au PAEJ passe par l'intermédiaire des CUCS. Je contacterai les services de cette institution pour faire reconnaître notre action dans le cadre de la mission d'insertion des jeunes, notamment en valorisant les partenariats avec la mission locale. Les Contrats Urbains de Cohésion Sociales (CUCS) sont également concernés par la mise en œuvre adaptée à la proximité des politiques sanitaires, sociales et éducatives dans les quartiers Nord de Marseille.

Un comité de Pilotage réunira, autour de l'association, ces 6 acteurs. Les objectifs de ce comité seront de :

- Mettre en cohérence les attendues des différentes politiques publiques concernées,
- Définir des objectifs stratégiques communs annuels pour la structure PAEJ,
- S'engager collectivement dans un projet commun et définir la participation financière de chacun,
- Valider une convention commune pluriannuelle (ou, à défaut renouvelable).

Il se réunira trois fois par an (Février, Juin, Octobre) : en Février pour dresser un premier bilan de l'année précédente, en Juin pour définir les orientations stratégiques, en Octobre pour préparer le budget prévisionnel de l'année suivante.

La circulaire 2002/145 propose en annexe un rapport d'activité type (ANNEXE 2) qui doit être produit annuellement. Il sera complété des critères et indicateurs spécifiques au territoire définie par le comité de pilotage. Pour ce qui est des objectifs proposés dans ce projet :

Objectif 1 - Soutenir les adultes quotidiennement impliqués dans la relation avec les adolescents par une action de Proximité.

Il conviendra de suivre :

- Le Nombre et la diversité des participants aux groupes d'échange de pratiques et formations proposés,
- La nature des échanges en termes d'éléments de connaissance de la perception et de la pratique des acteurs de proximité,
- Le Nombre et la diversité des rencontres partenariales organisées par nos partenaires de proximité,

- Le Nombre et la diversité des partenaires qui sollicitent le PAEJ à propos de situations difficiles de jeunes.

Objectif 2 - Accueillir le mal être des adolescents et jeunes adultes et leur entourage.

Il conviendra de suivre :

- Le nombre de jeunes et de parents accueillis,
- La nature de leur demande,
- Le mode de repérage et d'adressage vers nous,
- La manière dont il se présente :
 - Le jeune seul,
 - Le jeune accompagné d'autres jeunes pour lui,
 - Le groupe de jeunes,
 - Le jeune et son ou ses parents.

Objectif 3 - Favoriser la remise en lien du jeune avec son environnement: familial, scolaire, social, éducatif, professionnel...

- La nature des difficultés rencontrées par :
 - les adolescents de moins de 16 ans,
 - les jeunes de 16 à 21 ans,
 - les jeunes adultes de 21 à 25 ans et
 - les parents.
- Les réponses qui leur sont proposées.
- Les orientations effectuées.

Au premier semestre 2012, je soumettrai cette nouvelle proposition de projet au conseil d'administration. Je la présenterai comme l'offre de service au coût minimum qui me paraît en adéquation avec le projet associatif et la cohérence d'un projet de PAEJ sur les quartiers Nord de Marseille. Cette offre minimale peut nous permettre ensuite de nouveaux axes de développement sur des prestations supplémentaires.

Avec leur accord, je présenterai ensuite ce projet au comité de suivi institutionnel en ces termes.

3.3 Communiquer pour promouvoir le service rendu

3.3.1 Construire un plan de communication pour renforcer la notoriété du PAEJ

Un des enjeux essentiel de l'avenir du PAEJ Tremplin Santé Jeunes réside dans la capacité à rendre visible son action par une plus grande lisibilité, pour faire reconnaître sa

pertinence et son efficacité. Cela passe par une démarche de promotion et de mise en valeur des réponses spécifiques du PAEJ aux situations de jeunes en rupture.

Il s'agira de décliner cette démarche au niveau national, par l'intermédiaire de l'Association Nationale des PAEJ (ANPAEJ) ; au niveau régional et départemental ; au niveau local.

A) Au niveau national

Depuis 2003, l'association Tremplin est membre de l'Association Nationale des PAEJ(ANPAEJ). Les statuts de l'ANPAEJ définissent l'objet suivant : « *Fédérer et promouvoir l'action de ses adhérents. Elle les représente auprès des pouvoirs publics en particulier au niveau National et Régional. Elle a vocation d'utilité sociale : elle prend en compte les nouveaux modes de comportements sociaux des jeunes. Elle favorise toutes stratégies d'appropriation ou de réappropriation du lien social.* ». Pour agir dans cette direction, l'ANPAEJ propose des séminaires, des journées d'étude, une évaluation nationale de l'ensemble des PAEJ. Pour renforcer son action, l'ANPAEJ désigne parmi ses membres un délégué régional qui a la charge de coordonner les actions de communication dans sa région. L'ANPAEJ s'inscrit dans une démarche de rapprochement inter-réseaux avec la Fédération des Espaces Santé Jeunes (FESJ), l'Association Nationale des Maisons Départementales de l'Adolescence (ANMDA) et la Fédération Nationale des Ecoles des Parents et des Educateurs (FNEPE). Cette dynamique vise à rendre lisible les spécificités et complémentarités de ces différents modes d'action et à agir de manière coordonnée en direction des décideurs. Une journée d'étude annuelle inter-réseaux a été mise en place en Décembre 2008. Elle réunit en colloque les professionnels des structures et vise l'échange de pratiques professionnelles. A partir de Mai 2010, un séminaire prospectif inter-réseau annuel a été institué. Accueilli par un ministère (DGCS, Ministère de la Santé...), il vise à réfléchir à l'avenir de nos dispositifs avec des techniciens de l'état. A partir de 2010, les moyens de l'Etat destinés aux PAEJ ont commencé à baisser passant de 9,7 millions d'euros en 2010 à 5 millions en 2012 (soit une baisse de près de 50%). L'ANPAEJ a alors consacré beaucoup d'énergie à des rencontres avec des interlocuteurs ministériels de la Santé, de la Cohésion Sociale et du Logement, de la Jeunesse. Une Conférence de Presse a été organisée avec l'inter-réseau en Septembre 2011 pour annoncer la diffusion d'un « *plaidoyer pour une politique publique en faveur du bien-être des jeunes* ».

Par ailleurs, l'association Tremplin est membre de l'URIOPS PACA qui relaie dans ses réseaux la situation des PAEJ.

Mon implication dans cette démarche nationale doit se poursuivre en 2012 et 2013 pour promouvoir la pertinence d'une prise en compte globale et de proximité de la situation du jeune en rupture ; et son importance pour la cohésion sociale dans les zones concentrant une forte précarité. L'objectif est de pérenniser le dispositif PAEJ par la définition d'un cadre juridique plus solide et d'un financement plus stable. Je relaierai au niveau régional l'action nationale et inversement. Je participerai aux réunions, séminaires et conseils d'administration.

B) Au niveau régional et départemental

En 2012, avec l'accord de mon président, j'exercerai les fonctions de délégué régional de l'ANPAEJ. Le PAEJ des Quartiers Nord de Marseille est le plus important et le plus ancien de la région, il est donc légitime de pouvoir rencontrer les décideurs au nom de la fédération et de l'association. A ce titre, je solliciterai avec mon collègue de la FESJ une rencontre avec le Directeur Régional de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale, le Directeur de l'Agence Régional de Santé et le Président du Conseil Régional PACA afin de les sensibiliser sur la situation de nos établissements au niveau du territoire.

Au niveau départemental, les PAEJ, Espaces Santé Jeunes et Maisons Départementales de l'Adolescence se rencontrent tous les trimestres pour mutualiser et échanger leurs pratiques. Sous l'égide du Conseil Général des Bouches du Rhône, un colloque annuel des PAEJ et de leurs partenaires est organisé depuis 2010 pour promouvoir les modes d'actions spécifiques. Afin de se mettre en valeur, le PAEJ Tremplin Santé Jeunes interviendra pour présenter un aspect de sa pratique.

C) Au niveau local

Pour promouvoir l'activité du PAEJ Tremplin Santé Jeunes et renforcer sa notoriété, j'engagerai une démarche d'actualisation des outils de communication. Des cartes de visites, des affiches et des plaquettes existent déjà depuis 2008. Je demanderai à l'équipe une actualisation de ces outils pour une diffusion auprès des partenaires opérationnels en Mars 2012. Je demanderai à la secrétaire du service de vérifier l'inscription du PAEJ dans les annuaires en lignes (annuaire social de Marseille, pages jaunes, ...). En Juin 2012, je solliciterai un prestataire de service spécialisé afin qu'il construise un site internet de l'association pour informer sur son offre de service, son actualité, diffuser des contributions issues de la pratique. Le site internet devra être opérationnel en Décembre 2013.

Pour renforcer la lisibilité de l'activité du PAEJ, j'attacherai une importance particulière au rapport d'activité. Sur la base du rapport type proposé par la circulaire 2002/145, des données quantitatives recueillies par notre base de données et des éléments qualitatifs fournies par les membres de l'équipe, nous pourrions fournir un rapport d'activité 2012 précis, détaillé et exhaustif.

Dès le début 2012, je produirai un rapport d'activité 2011 succinct (10 pages maximum) et simplifié qui rend compte de manière schématique des principaux services rendus, des évolutions et des enjeux. Cet outil de communication sera diffusé largement à tous nos partenaires institutionnels et opérationnels en Juin 2012 et Juin 2013 (pour l'activité 2012). En Septembre 2012 et en Septembre 2013, un courrier informera nos partenaires opérationnels de notre situation et de l'offre de service que nous proposerons pour l'année scolaire à venir.

En parallèle, j'inciterai tous les membres de l'équipe du PAEJ à intervenir dans les ateliers des colloques et séminaires auxquels ils participent pour présenter des modes d'actions spécifiques qu'ils développent.

3.3.2 Interpeller les décideurs politiques pour solliciter de nouveaux engagements

Pour sensibiliser et mobiliser les décideurs locaux à la situation de déficit structurel du PAEJ Tremplin Santé Jeunes, je proposerai à mon président des courriers qui informent sur la situation financière de l'association en général et du PAEJ en particulier. Ces courriers rappelleront le service spécifique rendu par la structure et le cadre de la mission qui nous est confié. Il mettra en évidence la qualité du service rendu, la spécificité des enjeux territoriaux sur les quartiers Nord de Marseille, présentera le projet 2013 présenté en 3.2 et sollicitera une rencontre avec mon président et moi-même.

Ces courriers seront adaptés aux diverses champs de compétences et adressés :

- au Préfet des Bouches-du-Rhône délégué à l'Egalité des Chances,
- au directeur de l'Agence Régional de Santé,
- au Président du Conseil Général des Bouches-du-Rhône,
- au Président de la Région PACA, Au Maire de Marseille,
- au Maire de Marseille.

Une copie, avec un courrier d'accompagnement leur proposant également une rencontre, sera destinée :

- aux députés des quartiers Nord de Marseille,
- aux Sénateurs de Marseille,

- aux Conseillers Généraux du territoire,
- aux Maires d'arrondissements du territoire,
- aux élus concernés par la Jeunesse de la Mairie, du Conseil Général et du Conseil Régional.

Des copies seront également transmises aux techniciens avec qui nous travaillons habituellement dans le cadre du comité de suivi institutionnel afin qu'ils puissent relayer l'information et étayer les arguments avancés.

Cette démarche vise à provoquer de nouvelles négociations sur la base du budget prévisionnel que je propose. L'objectif premier de la négociation est le maintien de l'engagement financier de la DDCS. En effet, un PAEJ concourt directement à la politique de cohésion sociale de l'Etat et doit être reconnu et légitimé dans cette mission. Si nous obtenons cet engagement, le conseil général et la Mairie maintiendront leur participation.

L'objectif second est de gagner en pérennité en réduisant la part de financement du CUCS. Pour la région, il s'agit de maintenir son engagement mais de l'inscrire de manière plus pérenne dans son action en faveur de la Jeunesse. Pour les ARS, il s'agit de confirmer la PAEJ Tremplin Santé Jeunes comme opérateur de santé publique en faveur des jeunes dans les quartiers Nord de Marseille. Le PAEJ doit continuer à travailler en étroite relation avec le CUCS, mais cela doit se faire dans le cadre de projets expérimentaux de développement local.

Ces rencontres seront préparées avec le conseil d'administration.

Au cours du premier semestre 2012, je leur proposerai un travail visant à expliciter les limites de la négociation concernant le PAEJ au regard du projet associatif. L'enjeu de cohésion sociale et de transversalité sera déterminant.

3.3.3 Pour suivre le plan

Le projet présenté ici consiste à mettre en évidence la spécificité et l'utilité du service rendu par le PAEJ Tremplin Santé Jeunes. Pour ce faire nous avons présenté une action qui vise à :

- 1 - Valoriser la pratique et les compétences professionnelles développées et promouvoir une culture de l'évaluation ;
- 2 - Délimiter les champs d'activité pour restructurer le service avec les moyens financiers disponibles et structurer des partenariats ;

- 3 - Améliorer la notoriété de la structure en communiquant ses résultats.

Pour suivre l'avancé de ces objectifs, nous fixerons les critères suivant :

Valoriser la pratique et les compétences professionnelles développées et promouvoir une culture de l'évaluation :

- Les pratiques sont rendus lisibles par les professionnels et les équipes (bases de données à jour, fiches projets, productions écrites)
- Les pratiques sont garanties et validées par le chef de service (validation des fiches projets, compte-rendu)
- L'analyse de pratique et l'évaluation des activités sont organisées (analyse de pratique en cours, procédures d'évaluation respectées, qualité du rapport d'activité)
- Le développement des compétences individuelles est articulé au développement des compétences collectives (formations individuelles demandées en adéquation avec les besoins du service, adhésion aux formations collectives intra)

Délimiter les champs d'activité pour restructurer le service avec les moyens financiers disponibles et structurer des partenariats :

- Chaque membre de l'équipe connaît les différentes activités du service et celles qui le concerne (capacité à décrire sa pratique, capacité à décrire celle du service);
- Chaque membre de l'équipe connaît les limites entre son activité et celle des partenaires sanitaires et sociaux de droit commun (pertinence des sollicitations et attentes des partenaires) ;
- Des conventions de partenariats précisent les coopérations possibles.
- Les usagers identifient clairement le rôle de chaque partenaire

Améliorer la notoriété de la structure en communiquant ses résultats :

- Des outils et un programme de communication à destination du public et des partenaires sont diffusés régulièrement ;
- Un rapport d'activité normalisé rend compte de résultats quantitatifs et qualitatifs, analyse leurs évolutions et participe à une meilleure connaissance du public et du territoire ;
- L'établissement participe à la veille et à l'observation sociale dans les instances et groupes de travail territoriaux.

Cette grille de critère sera soumise au conseil d'administration, puis au comité de suivi institutionnel pour en préciser les indicateurs observables.

Pour permettre de réguler la démarche et de pouvoir l'adapter aux imprévus, un relevé sera effectué avant chaque Comité de Suivi Institutionnel (Octobre, Février, Juin). Une présentation en sera d'abord faite au Conseil d'Administration afin de l'analyser

collectivement ; dans un second temps, une présentation et un échange aura lieu avec le Comité de Suivi Institutionnel.

Conclusion

Au travers de la situation de l'association et de son service de prévention des conduites à risque, j'ai retracé, dans un premier temps, les évolutions des politiques publiques quant à la prise en compte de la jeunesse en difficulté. Depuis les années 90, il est repéré la nécessité d'offrir des dispositifs d'accueil transdisciplinaire et de proximité. L'expérience des Points Accueil et Ecoute Jeunes en est une des déclinaisons.

La crise économique a poussé à la rationalisation qui consiste à la définition précise du problème et à la modélisation d'une réponse. Cette démarche permet de définir plus précisément les coûts de l'action et ainsi de mieux les prévoir. Les politiques de la jeunesse ont suivi ce mouvement en focalisant les priorités de l'action publique sur le *socle commun* de connaissance, le travail et la délinquance et en spécialisant les réponses. L'histoire des PAEJ montre comment la séparation administrative du sanitaire et du social a eu un impact direct sur un mode de prise en compte globale des jeunes en difficulté des quartiers sensibles. Edgar MORIN(2011) nous rappelle cependant que « *La rationalité appliquée à l'humain est irrationnelle* » et nous montre comment les « *résistances collaboratrices* » des acteurs permettent d'éviter les dysfonctionnements.

Dans ma fonction de directeur, il est important de considérer les valeurs et l'histoire associative qui a conduit à l'existence de l'établissement que je dirige sur un territoire donné et à un moment donné. Ces éléments influent grandement sur la culture des professionnels qui y travaillent. La loi 2002-2 a initié un grand mouvement de professionnalisation et d'harmonisation dans le secteur social et médico-social. Cette démarche est nécessaire car elle favorise la valorisation des compétences des acteurs et l'égalité de traitement pour tous les usagers et donc la justice sociale. J'ai montré comment, dans ce contexte, j'étais confronté à des enjeux d'évaluation, d'organisation et de communication.

J'ai donc proposé des objectifs et un plan d'action permettant d'améliorer la situation du PAEJ Tremplin Santé Jeunes. L'évolution vers une culture de l'évaluation et du projet permettra la mise en valeur des compétences et du service rendu et la dynamisation d'une démarche d'innovation et de formation. Une organisation plus claire améliorera la communication interne et sécurisera les acteurs qui seront ainsi d'autant plus disponibles pour la prise en compte des usagers. Enfin, l'instauration d'une politique de communication affirmera les savoir-faire spécifiques de l'établissement dans son environnement.

Ce travail de mémoire est l'aboutissement de mon processus de formation dans la fonction de Directeur. J'ai mesuré à quel point cette dernière demande de construire une posture propre. Cette posture repose sur une démarche permanente de questionnement personnel sur le sens et la direction à donner aux actions de l'établissement en faveur ses usagers. Elle nécessite de savoir se positionner et décider. Je pense que le rôle du Directeur est avant tout de porter un discours ; un discours adapté aux différents acteurs, cohérent et pertinent ; un discours mobilisateur et sincère ; un discours qui tient compte du global et du particulier.

J'ai une fois de plus vérifié, dans ce processus de formation, que *“Tout projet, quelle que soit la nature de l'intention énoncée, est une forme d'actualisation du projet de connaissance de soi et de soi dans le monde”* (Bernard DONNADIEU(1996)).

Bibliographie

Textes législatifs et de cadrage

Loi du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi L. n° 2005-380 du 23 Avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques

Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents

Circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de dix à vingt-cinq ans, signée par J. Barrot, ministre du Travail et des Affaires sociales

Circulaire, n° 97/280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points écoute pour les jeunes et/ou parents, signée par J.-C. Gaudin, ministre de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration

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

Circulaire du 23 septembre 2004 relative à la mise en place des consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille

Circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de Maisons Des Adolescents

Circulaire DGAS/SD4A/2007/310 du 6 août 2007

Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Circulaire du 7 juillet 2008 relative à l'organisation de l'administration départementale de l'état,

Arrêté interministériel du 4 Juillet 1972 relatif aux clubs et équipes de prévention spécialisée.

Plan Triennal de Lutte contre la Drogue et de Prévention des Dépendances, MILDT (1999)

Le Schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2010-2014 du conseil général des Bouches du Rhône

Schéma Régional de Prévention PACA 2011

Conférence Internationale Alma-Ata, UNICEF, en 1978

Articles, enquêtes et documents techniques

ANESM, *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Juillet 2009

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Promotion Santé Suisse ; Guide pour la catégorisation des résultats, *Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*, Berne, juillet 2005 , 2^{ème} version revue et corrigée, Adaptée pour la France par L'INPES, janvier 2007

Pratiques et organisation des soins, *Etat de Santé, comportements, et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle*, vol. 38 n°1, janvier-mars 2007

Repère Santé, *La détresse psychologique chez les jeunes de 15-24 ans en PACA. Résultats de l'enquête décennale santé*, n°15 avril 2008

De Freitas L., Morin E., Nicolescu B. *charte de la transdisciplinarité*, Convento da Arrábida, Portugal, 2-6 novembre 1994

Henrion, R. *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Paris, La documentation Française, 1995

Lazarus, A., Strohl, H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail " ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ", Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, février 1995

Leray, M. *Continuum d'accueil et d'accompagnement des jeunes de la prévention aux soins*, Considérer la jeunesse, Séminaire ANPAEJ - Paris – 25 juin 2012

Parquet P.J. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, CFES Dossier Technique, 1997

Roques, B. (dir). *Problèmes posés par la dangerosité des « drogue »s*, rapport au secrétariat d'état à la santé, Paris, Odile Jacob/La documentation française, 1998

Valleur, M. Les valeurs et les recettes, *Journée Adolescence et Toxicomanie*, ADNSEA et GRANIT, Lille, 23 Novembre 1994

Vriet-N'dour M-E, *Manuel d'Evaluation du PAEJ Tremplin Sante Jeunes*, Master 2 Santé Publique, Faculté de Médecine Marseille La Timone, 2010

Ouvrages

Ardoino, J. Éducation et Relation, *Propos actuels sur l'éducation III : introduction à une analyse plurielle des situations éducatives*, Gauthier-Villars UNESCO, Paris, 1980

Becker, H. *Outsider. Etudes de sociologie de la déviance*, A.M. Métailié, Paris, 1985/1963

Bonniol, J.-J. et Vial, M. *Les modèles de l'évaluation*, De Boeck Université, Paris, Bruxelles, 1997

Boumard, P.(dir) *L'école, les jeunes, la déviance*, Education et Formation, l'éducateur, PUF, Paris, 1999

Bury, J.A. *Éducation pour la santé: concept, enjeux, planification*. De Boeck Université, Bruxelles, 1988

Canguilhem, G. *Le Normal et le Pathologique*, PUF, Paris, 1966

Crozier, M. *On ne change pas une société par décret*, Grasset, Paris, 1979

Deleuze, G. *Pourparlers*, Paris, Les Editions de Minuit, 1990

Donnadieu, B. Le projet dans la formation professionnelle: de la personne au personnage, *En Question*, cahier n°7, Aix en Provence, 1996

Dupas, R. A propos du sujet..., *En question*, n°15, Université de Provence, Aix-en-Provence, 1998

Durkheim, E. *Le suicide*, PUF, Paris, 1897.

Eymard, C. et Vial, M. La Clinique: Essai 1; De la thérapie à la recherche, *En Question*, cahier n°23, Aix en Provence, 1999

Ferréol, G. et all. *Dictionnaire de la sociologie*, Armand Colin, Cursus, Paris, 1995

Freud, S. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Idées, Gallimard, 1905

Gendreau, J. *L'adolescence et ses « rites » de passage*, Presse universitaire de Rennes, Rennes, 1999

Gervais, H. *La prévention des toxicomanies chez les adolescents* », L'Harmattan, Pratiques sociales, Paris, 1994

Grawitz, M. *Méthodes des sciences sociales*. Précis Dalloz, 1990

Keighan, S. *La prévalence des conduites à risque chez les toxicomanes...*, Mémoire de maîtrise de psychologie, université de Montréal, 1992

Lacan, J *Ecrits, II*, Seuil, « Points », 1971

Lefèvre, P. *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^{ème} Edition, DUNOD, Paris, 2011

Lévi-Strauss, C. *Anthropologie structurale*, Plon, Paris, 1958

Marty F., Gutton, P. Givre, P. *Le fait accompli dans la psychothérapie de l'Adolescent*, Publication de l'Université de Rouen, 2003

Merton, R.-K. *Eléments de théories et de méthode*, Paris, Plon, 1953

Morin, E. *La Méthode I*, La Nature de la nature, Le Seuil, 1977

Morin, E. *La Voie*, pour l'avenir de l'humanité, Fayard, Paris, 2011

Postic, M. *La relation éducative*, PUF, Paris, 1979

Ricoeur, P. *De l'interprétation*, Essai sur Freud, Seuil, Paris, 1965

Van Gennep, A. *Les rites de passage*, Picard, 1981

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau de suivi des subventions 2011

Annexe 2 : rapport d'activité type annexe II à la circulaire 2002/145

Annexe 3 : fiche projet, fiches d'activités, questionnaire de satisfaction

Annexe 4 : fiches de postes (éducateur, secrétaire, psychologue, chef de service)

Annexe 5 : Budget Prévisionnel 2013

ANNEXE 2

Rapport annuel d'activité d'un PAEJ

I. - Identification de la structure

Nom de la structure
Adresse
tél.
Nom de l'association gestionnaire (si différent)
Adresse
tél.
Statut juridique
Nom du responsable

II. - Caractéristiques de la structure

Surface disponible pour l'accueil
Nombre d'agents (salariés ou non) ETP
Nature des moyens d'action mobiles

III. - Activité annuelle de la structure (1)

Nombre de jeunes accueillis en premier entretien (2)
Nombre moyen d'entretiens par jeune
Durée moyenne du suivi des jeunes
Nombres de jeunes orientés positivement vers une prise en charge
Nombre de parents accueillis (3)
Nombre moyen d'entretiens
Nombre de jeunes hébergés en lien avec l'accueil
Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire
Nombre de jeunes rencontrés en dehors de la structure

IV. - Caractéristiques des jeunes

Public du point d'accueil. Définition des 3 catégories de publics : prévention primaire : usagers occasionnels de produits, mal-être, problèmes affectifs, manque de dialogue avec les adultes, moins de 3 symptômes somatiques ; jeunes exposés à des situations de risque : pas de prise en charge psychiatrique ni de placements familiaux, abus et usage nocif de produits psycho-actifs, sans dépendance ni identification, sur le plan de la santé : souffrance psychique, 3 symptômes somatiques et plus. Sur le plan familial : contexte familial de maltraitance, d'insuffisance éducative ou de conflit, le jeune reste en lien avec sa famille et l'école ; prévention tertiaire : réduction des risques, réinsertion, prises en charge partielles, dépendance et identification aux produits psycho-actifs, forte souffrance mais aussi déni et annulation de cette souffrance. Sur le plan familial : fuite des parents et des adultes ou perte de repères. Vis-à-vis de l'école : parcours scolaires chaotiques, décrochages scolaires. Sur le plan social : précarité, errance.

Prévention primaire %
Jeunes exposés à des situations de risque %
Jeunes en rupture familiale et sociale %
Nombre de scolaires :
- d'étudiants
- de chômeurs ou jeunes en insertion
- de jeunes déscolarisés
Classes d'âge et sexe :

garçons

filles

- moins de 15 ans

%

%

- de 15 à 18 ans

%

%

- plus de 18 ans

%

%

Mode d'hébergement et stabilité (4) : < 3 mois > 3 mois

- dans la rue

- squat

- structure d'accueil

- famille

- amis

- logement autonome

- autre

Mode de contact avec le PAEJ :

- un adulte

- un copain

- une publicité

V. - Réseau d'adultes de proximité

Nombre global de personnes en contact avec la structure

Nombre de jours de rencontres ou de formation spécifiques avec les partenaires dans l'année

Nombre d'institutions engagées dans le protocole partenarial

VI. - Budget

Résultat de l'année antérieure (5)

Montant du budget prévisionnel de l'année en cours (6)

Liste des financeurs, montants accordés et date de versement des subventions (6)

VII. - Composition du groupe partenarial de pilotage

Nombre de réunions dans l'année

VIII. - Description des prestations ou médiations de proximité, conférences-débats, autres

IX. - Description des prestations matérielles éventuelles

X. - Principales conclusions du diagnostic partagé

XI. - Analyse qualitative de l'activité de la structure, de son réseau, de la situation des jeunes

ANNEXE 3

PROJET :	
Fiche Projet / Action	
Nom du projet :	
Date de création de la fiche :	Date de mise à jour :
Structure porteuse du projet :	Référent PAEJ du projet :
Objectif général :	
Objectifs opérationnels :	
Public cible :	
Partenaires logistiques :	
Temps nécessaires à l'action :	Partenaires financiers :
Matériel nécessaire :	Budget nécessaire à l'action :
Lieu de réalisation :	
Programmation : Délai, échéances intermédiaires, finales :	
Enjeux et Stratégie :	
Critères et indicateurs de suivis :	
Résultats attendus :	

FICHE ACCUEILS INDIVIDUELS DU PUBLIC															
PERSONNE(S) ACCUEILLIE(S)		Référence dossier	RAISON principale de l'accueil, nature de la demande												
Identification : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M Age:															
SITUATION scolaire ou professionnelle :		Accueil	OBSERVATIONS DIVERSES												
<input type="radio"/> Scolarisé <input type="radio"/> Salarié, employé <input type="radio"/> Sans activité <input type="radio"/> En insertion		Date :													
Lieu d'habitat :		Durée de l'accueil :													
<input type="radio"/> Aix en Provence <input type="radio"/> Marseille (préciser arrdts) <input type="radio"/> Autres ?		Lieu de l'entretien : (à préciser)													
INFO habitat :		ACTION REALISEE												
<input type="radio"/> Domicile familial <input type="radio"/> Colocation <input type="radio"/> Domicile personnel <input type="radio"/> Foyer <input type="radio"/> Hébergement chez des proches <input type="radio"/> Sans Domicile <input type="radio"/> Autre :		<input type="radio"/> Présentation de la structure <input type="radio"/> Entretien, écoute <input type="radio"/> Information, conseil <input type="radio"/> Prise de RDV <input type="radio"/> Orientation <input type="radio"/> Autre :												
ORIENTATION par		Accueillant(s)	SUITE ENVISAGEE												
<input type="radio"/> Famille <input type="radio"/> Ami(s) <input type="radio"/> Collègue <input type="radio"/> Suite à intervention du <input type="radio"/> Démarche spontanée <input type="radio"/> Structure et fonction du professionnel : <input type="radio"/> Guide MILDT			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Orientation proposée</th> <th>Acceptée : Oui/Non</th> <th>Moyen(s)* d'orientation (n°)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Orientation proposée	Acceptée : Oui/Non	Moyen(s)* d'orientation (n°)									
Orientation proposée	Acceptée : Oui/Non	Moyen(s)* d'orientation (n°)													
			*Moyens d'orientation : (1) contact donné, (2) prise de RDV, (3) appel téléphonique, (4) accompagnement physique, (5) autres												
ACCOMPAGNANTS		Infos diverses	Prochain(s) rendez-vous												
<input type="radio"/> Compagnon <input type="radio"/> Ami(s) <input type="radio"/> Collègue <input type="radio"/> Personne de la famille : <input type="radio"/> Professionnel :															
PARENTS/FAMILLE/ENTOURAGE															
Personne(s) Accueillie(s)		Référence dossier	Raison principale de l'accueil, demande												
Identification : <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Les 2 <input type="radio"/> Autres															
		Accueil													
Lieu d'habitat :		Date :													
<input type="radio"/> 13ème <input type="radio"/> 14ème <input type="radio"/> 15ème <input type="radio"/> 16ème <input type="radio"/> Autre :		Durée de l'accueil :													
Orientation		Lieu de l'entretien :	Action réalisée												
<input type="radio"/> Famille <input type="radio"/> Ami(s) <input type="radio"/> Collègue <input type="radio"/> Suite à intervention du PAEJ : <input type="radio"/> Démarche spontanée <input type="radio"/> Structure et fonction du personnel :		<input type="radio"/> PAEJ <input type="radio"/> Hors PAEJ <input type="radio"/> Autre.....	<input type="radio"/> Présentation structure <input type="radio"/> Orientation <input type="radio"/> Entretien, écoute <input type="radio"/> Information, conseil <input type="radio"/> Prise de RDV <input type="radio"/> Autre												
		Accueillant(s)	Suite envisagée												
Enfant															
<input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Age : <input type="radio"/> Nbre :		Infos diverses													
Situation scolaire ou professionnelle :															
<input type="radio"/> Scolarisé <input type="radio"/> Salarié, employé <input type="radio"/> Sans activité <input type="radio"/> En insertion															
Observations			Prochain(s) rendez-vous												

PROJET :	
FICHE GROUPE JEUNES	
<u>Date :</u>	<u>Nbre participants :</u>
<u>Intervenant(s) :</u>	
<u>Durée action :</u> H	
<u>Tps de prépa :</u> H	
<u>tranches d'ages :</u>	<u>Sexe :</u> <input type="radio"/> H <input type="radio"/> F
<u>description de l'action</u>	
<u>Thèmes abordés :</u>	
<u>Moyens utilisés :</u>	<u>Questionnaire de satisfaction :</u>
	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	<u>Observations :</u>

PROJET :	
FICHE GROUPE PARENTS	
<u>Date :</u>	<u>Nbre participants :</u>
<u>Intervenant(s) :</u>	
<u>Durée action :</u> H	
<u>Tps de prépa :</u> H	
<u>Sexe :</u> <input type="radio"/> H <input type="radio"/> F	
<u>description de l'action</u>	
<u>Thèmes abordés :</u>	
<u>Moyens utilisés :</u>	<u>Questionnaire de satisfaction :</u> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	<u>Observations :</u>

QUESTIONNAIRE SATISFACTION

Bonjour,

Dans une démarche permanente de réflexion et d'amélioration de la qualité de nos actions nous souhaiterions vous poser quelques questions relatives à l'action à laquelle vous avez participé.

Merci de répondre avec le plus de sincérité possible. Ces questionnaires resteront anonymes.

L'équipe du PAEJ

- **Action concernée par le questionnaire :**
- **Date ou période de participation :**
- **Lieu(x) de l'action :**
- **Personnel du PAEJ rencontré, fonction :**

- Avez-vous trouvé l'accès au lieu de l'action :
 - Très facile
 - Facile
 - Assez facile
 - Difficile
 - Non concerné (sur place)
- Quelle a été votre impression concernant l'accueil du personnel :
 - Très satisfaisante
 - Satisfaisante
 - Peu satisfaisante
 - Pas satisfaisante
- La structure PAEJ vous a-t-elle été présentée :
 - Oui, clairement
 - Brièvement
 - Pas assez
 - Non
- La disponibilité des professionnels du PAEJ vous a-t-elle semblée :
 - Très satisfaisante
 - Satisfaisante
 - Peu satisfaisante
 - Pas satisfaisante
 - Non concerné
- L'information concernant l'action à laquelle vous avez participé vous a-t-elle semblée :
 - Très satisfaisante
 - Satisfaisante
 - Peu satisfaisante
 - Pas satisfaisante
- L'ambiance pendant l'action vous a-t-elle parue :
 - Très satisfaisante
 - Satisfaisante
 - Peu satisfaisante
 - Pas satisfaisante
- Vous avez trouvé le lieu de l'action :

- Très adapté
 - adapté
 - Peu adapté
 - Pas adapté
- Vos opinions et vos valeurs ont été respectées de manière :
 - Très satisfaisante
 - Satisfaisante
 - Peu satisfaisante
 - Pas satisfaisante
 - Vous avez trouvé la (les) thématiques abordée(s) :
 - Très intéressante(s)
 - Intéressante(s)
 - Peu intéressante(s)
 - Pas intéressante(s)
 - Vous trouvez les outils utilisés lors de l'action :
 - Très satisfaisants
 - Satisfaisants
 - Peu satisfaisants
 - Pas satisfaisant
 - Non concerné
 - Globalement vous êtes plutôt :
 - Très satisfait
 - Satisfait
 - Peu satisfait
 - Pas satisfait
 - Votre opinion nous intéresse, avez-vous des suggestions, des remarques ?

Merci de votre participation.

ANNEXE 4

Fiche de Poste	
Intitulé du poste :	
Etablissement : Service :	
Personne qui occupe le poste :	Date de prise de poste :
Conditions particulières d'exercice du poste : Lieu : Mobilité : Amplitude horaire : Autres :	
Mission principale du poste :	
Niveau de Responsabilité du poste :	
Activités _ modalités d'action :	
compétences requises :	
Niveau de qualification :	
Observation :	
Fait à :	Le :
Signature du salarié :	Signature du responsable :

ANNEXE 5

PAEJ TREMPLIN SANTE JEUNES			
BUDGET PREVISIONNEL 2013			
CHARGES	MONTANT EN EUROS	PRODUITS ⁽¹⁾	MONTANT EN EUROS
60 - Achat	5100	70 - Vente de produits finis, prestations de services, marchandises	0
Achats d'études et de prestations de services		Prestation de services	
Achats non stockés de matières et de fournitures	2500	Vente de marchandises	
Fournitures non stockables (eau, énergie)	2000	Produits des activités annexes	
Fourniture d'entretien et de petit équipement	600		
Autres fournitures			
61 - Services extérieurs	19100	74- Subventions d'exploitation	203000
Sous traitance générale		PAEJ MARSEILLE	203000
Locations	15000	DDCS	70000
Entretien et réparation	600	CG 13	60000
Assurance	2500	ARS	28000
Documentation, cotisation	1000	VILLE DE MARSEILLE	15000
Divers		CUCS	15000
62 - Autres services extérieurs	25600	REGION	15000
Rémunérations intermédiaires et honoraires	21000		
Publicité, publication	600		0
Déplacements, missions	2000		
Frais postaux et de télécommunications	1500		
Services bancaires, autres	500		
63 - Impôts et taxes	6800		
Impôts et taxes sur rémunération,	6800		
Autres impôts et taxes			
64- Charges de personnel	141200	Organismes sociaux (à détailler):	
Rémunération des personnels,	94134		
Charges sociales,	47066	75 - Autres produits de gestion courante	
Autres charges de personnel	0	Dont cotisations	
65- Autres charges de gestion courante		76 - Produits financiers	
66- Charges financières		77 - Produits exceptionnels	
67- Charges exceptionnelles		78 – Reprises sur amortissements et provisions	4300
68- Dotation aux amortissements (provisions pour renouvellement)	9500	79 - transfert de charges	
TOTAL DES CHARGES	207300	TOTAL DES PRODUITS	207300

BRUNO

Antoine

Septembre 2012

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service
d'intervention sociale**

CENTRE DE FORMATION : IRTS PACAC

ANTICIPER LES EVOLUTIONS DES POLITIQUES PUBLIQUES ET

PROMOUVOIR LES ACTIONS D'UN PAEJ :

UNE REPONSE TERRITORIALE AU SERVICE DES JEUNES

Résumé :

Les Points Accueil et Ecoute Jeunes sont de petites structures de proximité destinées aux jeunes et à leur entourage. Par une prise en compte globale et non spécialisée, par une inscription territoriale forte et la réactivité d'une équipe pluridisciplinaire, ils favorisent l'accès aux dispositifs sanitaire et sociaux.

Les évolutions du secteur social et médico-social ont fragilisés les PAEJ qui ne relèvent pas de l'article L.312-1 du CASF. Ainsi, ils sont amenés à se transformer et à démontrer leur utilité.

En charge du PAEJ des Quartiers Nord de Marseille, j'ai proposé un plan d'action qui mettra en valeur la spécificité du service rendu. La conduite d'une démarche d'évaluation sera susceptible d'améliorer la visibilité des effets de l'action. Une restructuration permettra de gagner en efficacité et en lisibilité et favorisera le partenariat. Un plan de communication visera à augmenter la notoriété de l'établissement en vue de le pérenniser.

Mots clés :

Prévention – Adolescents – Accueil – Proximité – transdisciplinarité – Evaluation - Communication

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