



ANMDA

Association Nationale
Maisons Des Adolescents

GUIDE PRATIQUE
ADMINISTRATIF & JURIDIQUE DES

Maisons des
Adolescents

www.anmda.fr



GUIDE PRATIQUE
ADMINISTRATIF & JURIDIQUE DES

**Maisons des
Adolescents**



Sommaire

Pourquoi ce guide	06
LA NAISSANCE DES MAISONS DES ADOLESCENTS	09
<i>Va à la MdA!</i>	10
MISSIONS DES MdA	19
Missions statutaires	20
Missions étendues	24
ÉLÉMENTS-CLÉ D'UNE MdA	33
Une MdA pas à pas	34
Le réseau	36
Conventions de création et de partenariat	43
Comités de pilotage et de suivi /L'évaluation	44
FORMES JURIDIQUES DES MdA	47
Maisons des Adolescents abritées	48
Associations loi de 1901	52
Groupement d'intérêt public (GIP)	54
Autres structures	56
FINANCEMENT DES MDA	59
Les aides publiques	60
Les aides des fondations et des collectivités locales	62
Financement indirect	64
GLOSSAIRE	67
BIBLIOGRAPHIE	90

Pourquoi ce guide ?

L'ANMDA (Association nationale des Maisons des Adolescents) souhaite contribuer de manière efficace aux besoins des autorités de tutelles, mais aussi de la population et des partenaires des maisons en participant à une meilleure identification des MdA, de leurs activités sur le territoire et de la place qu'elles occupent au sein des différents dispositifs adressés aux adolescents et à leurs familles.

C'est dans cette esprit et pour y aider qu'a été conçu ce *Guide pratique, administratif et juridique des Maisons des Adolescents*.

Destiné à tous les publics, chacun pourra y trouver la réponse à ses questions.

Il s'agit pour l'ANMDA:

-  de pouvoir être un interlocuteur utile pour les MdA dans leur gestion quotidienne
-  de faciliter pour l'ensemble de leurs partenaires, la compréhension de leur missions, de leurs organisations et des textes qui les fondent
-  de faciliter le travail d'évaluation des MdA pour les MdA elles-mêmes et pour les autorités de tutelles.





La naissance des MdA

Plus qu'une histoire factuelle des années qui ont vu la naissance et le développement du réseau des MdA, ce qui est déroulé ici est une synthèse des initiatives qui ont conduit à la création des Maisons des Adolescents. C'est également une mise en perspective de la naissance du mouvement dans la continuité d'une (re)connaissance de cette étape particulière dans la vie qu'est l'adolescence.

Va à la MdA !

En quelques années, grâce à l'énergie de beaucoup, à la mobilisation de compétences multidisciplinaires et à la dimension de politique publique qui sous-tend la création, le développement et l'évolution des maisons tels qu'imaginés à l'origine, il est devenu plus simple pour un infirmier, un médecin, un professeur ou tout autre acteur du domaine médico-social de dire à un adolescent qui l'interroge, « va à la MdA ! » que ce « va voir quelqu'un ! » porteur de craintes qui a longtemps servi de va-tout à des intervenants dépassés par l'ampleur des problèmes d'ados.

Les Maisons des Adolescents s'inscrivent comme une étape importante dans un mouvement plus vaste de (re)connaissance de l'adolescence en tant que phase spécifique du développement de l'être humain. Cette prise de conscience s'est faite parallèlement à l'accession du plus grand nombre à des études, par ailleurs de plus en plus longues.

Le 9 août 1936, l'obligation de scolarité passe à 14 ans mais il faudra attendre l'ordonnance du 6 janvier 1959 pour qu'elle soit portée à 16 ans. Le nombre de ceux qui poursuivent des études ne cesse depuis d'augmenter jusqu'au projet politique de l'accession des quatre-cinquièmes d'une classe d'âge au baccalauréat.

Les enfants d'autrefois, projetés rapidement dans le monde du travail et vite confrontés aux adultes, n'avaient guère la possibilité d'exprimer leurs craintes et leurs angoisses même si leurs problèmes étaient bien réels... Des dispositifs d'aide aux enfants avaient été peu à peu mis en place, mais rien n'avait été fait pour l'adolescent qui surgissait ainsi dans la problématique des soins. Comme le constatait Christian Jacob, ministre de la Famille, lors de la première Conférence nationale de l'adolescence, tenue le 18 octobre 2003 à la Sorbonne (Paris). « *La politique familiale, très axée sur la petite enfance, faisait jusqu'à présent l'impasse sur ce sujet.* » Cette conférence s'était donné pour but de faire émerger une « *culture commune sur l'adolescence* ». La prise de conscience par les politiques des problèmes de l'adolescence allait donner l'impulsion nécessaire à une meilleure organisation des intervenants dans ce domaine.

Cette « révélation » avait été préparée au préalable par le travail de médecins, chercheurs et institutionnels qui avaient soutenu et entrepris la création d'outils destinés à venir en aide à cette classe d'âge, devenue un « public particulier ».

Les précurseurs...

Issus d'initiatives particulières ou de plans nationaux ambitieux, des organismes puis des centres d'accueil spécifiques pour adolescents ont vu le jour au fil du temps sur tout le territoire français, soutenus par ceux qui avaient perçu l'importance et l'urgence du problème. D'abord clairement orientés vers une prise en charge sanitaire des jeunes, ils sont devenus de plus en plus ouverts aux interrogations des adolescents en faisant appel aux acteurs du domaine social, privilégiant le plus souvent la mixité des deux approches.

Gérés le plus souvent par des associations loi de 1901, les **CMPP (centres médico-psycho-pédagogique)** sont des établissements médico-sociaux financés par la Sécurité sociale. Ils reçoivent tout le spectre des difficultés et affections pédopsychiatriques. Ils peuvent également être consultés pour un simple avis pour un enfant ou un adolescent en situation ponctuellement préoccupante. Ils sont nés en 1963 (Décret no 63-146 du 18 février) de la fusion des Centres psycho-pédagogiques (CPP) – le premier fut le centre Claude-Bernard à Paris, fondé en 1946 –, et des Centres médico-psychologiques (CMP), dont l'institut Claparède fondé en 1949. Les CMPP furent ainsi les pionniers de l'intervention auprès d'enfants et d'adolescents en difficulté, préfigurant les dispositifs ambulatoires extra-hospitaliers de la psychiatrie publique, nés postérieurement, à la fin des années 1960, avec la sectorisation



Les Maisons des Adolescents en quelques repères

1999 La première MdA voit le jour au Havre (76).

2002 Le principe de la généralisation des MdA est posé par un rapport de Claire Brisset, alors Défenseure des enfants.

Le 18 octobre **2003**, à la Sorbonne, sont organisées des Rencontres nationales de l'adolescence, réunissant plus de 500 personnes, politiques, professionnels...

L'une des décisions prises, est de créer des lieux spécifiques de soins et d'accueil pour adolescents.

Les débats conduisent à l'installation de différents groupes de travail interministériels, dont les travaux sont synthétisés

lors d'une grande Conférence sur la famille en **2004**.

Au cours de celle-ci, l'idée du développement des MdA sur le modèle de la maison créée au Havre est reprise.

En **2007**, 18 MdA sont recensées par la Défenseure des Enfants (Dominique Versini).

En **2008**, une trentaine de MdA sont déjà ouvertes et plusieurs dizaines sont en projet.

La même année, une Association nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA) est créée.

En **2009**, une quarantaine de MdA sont effectivement ouvertes, et 68 ont obtenu un financement à la création.

En **2010**, 55 départements disposent d'une MdA.

Sur les 102 MdA présentes dans l'Hexagone, 92 ont été mises en place entre 2005 et 2011.

Il reste aujourd'hui environ 17 départements dépourvus de MdA.



psychiatrique (intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile).

En 1967, un livre blanc sur la jeunesse est publié par le secrétariat d'État à la Jeunesse et aux Sports. Il répertorie les besoins des jeunes et souligne, entre autres, la nécessité d'apporter une réponse au besoin essentiel d'information des jeunes. Le premier centre d'information est créé en 1969. Suivront la création d'antennes puis de **Centres Régionaux d'Information Jeunesse (CRIJ)**, déclinés ensuite en Bureaux Information Jeunesse (niveau départemental) et Points Information Jeunesse (niveau local). Aujourd'hui, on trouve sur tout le territoire plus de 1700 structures qui accueillent chaque année plus de 5 millions de jeunes. Si ces bureaux n'ont pas mis leur priorité sur la santé, ils constituent des relais non négligeables pour un adolescent à la recherche de réponses.

En 1993, le programme « Santé des Jeunes » de la Fondation de France participe à la création de lieux d'information, d'écoute, d'évaluation et d'orientation destinés à faciliter l'accès des jeunes aux services de soins et à les sensibiliser à leur propre santé. À partir de 1997, le programme est renforcé suite à des appels à projet (1997, 1999 et 2002), qui permettent la création d'une trentaine de lieux d'accueil dédiés aux jeunes, baptisés **Espace Santé Jeunes (ESJ)**. En 2004, le réseau de la Fédération des Espaces Santé Jeunes est créé. certains de ces ESJ ont participé à la création de MdA.

Le **réseau PAEJ** est né de la circulaire DAS n°96-378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes. Par celle-ci, Xavier Emmanuelli et Jacques Barrot avaient souhaité le développement de ces structures d'accueil, d'écoute et de médiation familiale. Les PAEJ s'adressent aux jeunes âgés de 10 à 25 ans rencontrant des difficultés particulières (conflits familiaux, fugue, mal-être, échec scolaire). Souvent hébergés par

des MdA, quand ils n'en ont pas été la base, les PAEJ continuent à leur servir de relais de premier rang. Dans son rapport d'activité de 2010, la MdA 94 (Val-de-Marne) les considère même comme ses « *antennes de proximité* ». Ce réseau, par son importance et son choix d'une implantation dans les zones fortement urbanisées (on compte de très nombreux PAEJ en île-de-France) ausisi bien que rurales (environ un tiers en province), a contribué largement au maillage territorial des lieux d'écoute et d'accueil pour les jeunes en France.

Il y aurait plus de 400 Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes sur le territoire français, la difficulté du recensement venant la plupart du temps de leur adaptation aux conditions locales et aux zones rurales où ils sont implantés qui fait qu'ils prennent souvent la dénomination de la structure associative à laquelle beaucoup sont adossés.

Les **Centres d'accueil et de soins pour adolescents (Casa)** ont été créés par des centres hospitaliers auxquels ils sont administrativement rattachés. Leurs créateurs s'appuient sur la circulaire de décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents, qui souligne l'intérêt de « *centres de crise offrant des possibilités d'accueil immédiat et de séjour de brève durée, favorables au traitement de certaines situations aiguës en lien étroit avec l'entourage.* »

Les Casa font souvent partie des dispositifs coordonnés par des MdA, ainsi celle des Hauts de Seine pour qui ils sont les points d'accueil d'un dispositif administratif allégé, ou sont appelés à se transformer en Maison des Adolescents, à l'instar du Casa de Metz.

À la différence de ces structures, les Maisons des Adolescents proposent avant tout – même si en fonction de leurs origines, elles sont plus ou moins orientées vers les soins – une plate-forme

La MdA du Havre



d'information et d'orientation pour les adolescents et leurs parents et elles n'ont pas fait disparaître ces précurseurs sur lesquelles elles s'appuient dans leur activité de réseau.

La pierre angulaire du travail des MdA est souvent cimentée par des conventions passées avec ces partenaires de « première ligne ».

1999, naissance au Havre du concept de MdA

La première expérience sur laquelle s'est bâti le « modèle MdA » a débuté au Havre en 1993-1994. C'est là que l'appellation Maison des Adolescents serait née, dans l'équipe d'Alain Fuseau. Il a été le premier promoteur du concept en ouvrant une structure extra-hospitalière au cœur du Havre en 1999.

Les pouvoirs publics, séduits par cette création et cette appellation, en ont fait un concept devant être généralisé à l'ensemble des départements français à l'instigation de la défenseure des enfants, Claire Brisset, qui évoquait ainsi sa découverte de cette expérience originale : *« Il existe au Havre une expérience pilote, une Maison des Adolescents, qui, sans se substituer aux structures existantes, accueille, oriente, écoute, dans la transdisciplinarité, les adolescents en difficulté. Les jeunes y poussent la porte, parlent et trouvent là l'aide dont ils ressentent le besoin et aussi celle dont ils ne pensaient pas a priori qu'elle pourrait leur être nécessaire. »*

Dans d'autres départements, d'autres se lanceront dans l'aventure, s'appuyant sur des initiatives expérimentales comme celle du Havre. Par exemple, le centre hospitalier de Laval et tout particulièrement les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie déjà mobilisées par la mise en place d'une unité d'hospitalisation pour adolescents, ont eu la volonté de créer un lieu d'accueil et d'écoute, d'accès libre, anonyme et gratuit, situé en ville. Ce lieu nommé Espace (acronyme d'écoute, soins, prévention, adolescents, consultations, éducation) constituait un dispositif multi-partenarial, à destination de la population adolescente de la Mayenne. Bien que plus modeste, en termes de moyens et de développement, le dispositif était très proche, dans ses missions et ses objectifs, de ce qu'est aujourd'hui une MdA.

2002 Le rôle de la Défenseure des enfants

Le rapport produit par Claire Brisset en 2002 (intitulé *Maisons des Adolescents, pourquoi? Comment?*) a donné une impulsion au mouvement qui va se traduire plus tard par l'aide apportée par l'État et l'Assurance maladie au programme de création de MdA



(2005-2010). Dans celui-ci, la défenseure des enfants, mettait en exergue que : *« Très peu de temps après la création de l'institution du Défenseur des Enfants, une évidence s'est imposée : l'adolescence est l'âge de la vie sur lequel se concentrent tout autant les espérances légitimes d'une société que ses plus vives inquiétudes. C'est aussi l'âge d'une mutation parfois douloureuse, parfois tumultueuse et violente qui déconcerte et laisse désarmé. Et pourtant, tout démontre les difficultés qu'une société comme la nôtre rencontre dès lors qu'elle cherche à aborder la question de l'aide aux adolescents en difficulté. Réponses fractionnées, partielles, cloisonnement des disciplines, tout semble s'opposer à une approche globale. »* Ses réflexions sont alors alimentées par la découverte de l'expérience du Havre. *« Les Maisons des adolescents nous paraissent devoir être multipliées à travers tout le pays et c'est avec joie que nous voyons les projets en ce sens émerger l'un après l'autre. »*

Le chef de l'État ne s'y est pas trompé qui, en novembre 2002, souhaitait la création d'une maison des adolescents dans chaque département et précisait : *« De telles réalisations ne résoudront pas l'ensemble des problèmes qui se posent à ces jeunes en difficulté. Mais il ne fait aucun doute qu'elles y contribueront fortement, et l'attente est grande. Il s'agit là, en effet, d'une vaste ambition. Notre pays a besoin d'une véritable politique de l'adolescence, d'une réflexion au niveau national sur cet âge de la vie. Cette politique reste à construire et les maisons des adolescents participeront à cette élaboration. »*

À l'appel du chef de l'État, une Rencontre nationale de l'adolescence aura lieu à l'automne 2003. *« Nul doute qu'elle confirmera que l'adolescence est aussi, comme M. Jacques Chirac le déclarait, l'âge de toutes les espérances »* prévoyait Claire Brisset dans son rapport.

➊ PLUS D'INFO

Pour en savoir plus sur le rapport de Claire Brisset, Défenseure des enfants :

> www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/rappmaisonsados2003.pdf

Des impulsions concordantes se dessinent

Dans le même temps, le rapport du docteur Xavier Pommereau de 2002 sur la Santé des jeunes avait aussi un grand retentissement médiatique qu'accompagnait le développement des PAEJ et la mise en place dans les services de psychiatrie d'unités consacrées aux adolescents, non sans difficulté car, dans le même temps, leurs effectifs diminuaient.

En 2003, dans sa lettre de mission au P^r Marcel Ruffo pour la rédaction d'un rapport préparatoire à la Conférence de la famille qui devait se tenir l'année suivante, le ministre délégué à la Famille, Christian Jacob, faisait la part belle au développement des MdA. Il écrivait que le groupe de travail du rapport devait « réfléchir aux dispositifs nécessaires pour faciliter la mise en place de lieux où, en confiance, les adolescents pourront trouver une écoute et des réponses à leurs soucis... Je pense bien évidemment aux maisons des adolescents telles qu'elles existent au Havre, à Bordeaux, à Marseille et bientôt Paris... »

Le rapport publié début 2004 tiendra compte de ces recommandations. Son chapitre 7 sera titré : *Des « maisons » pour les adolescents* et on pourra y lire « *Les structures intervenant en faveur des jeunes sont multiples, mais on peut regretter une absence de lisibilité pour le public de l'organisation des services de santé. [...] Afin de*

favoriser la prise en compte des souffrances de l'adolescent qui refuse un suivi thérapeutique ou plus généralement qui ne considère pas « qu'il va mal », il conviendrait d'encourager le développement de lieux d'accueil et d'écoute pour adolescents qui ne seraient ni « étiquetés », ni connotés négativement du fait qu'ils relèvent de la psychiatrie ou de la psychologie, voire tout simplement du milieu médical, mais qui seraient au contraire des lieux pluridisciplinaires. Les maisons des adolescents, facilement identifiables, pourraient combler les insuffisances repérées... De telles « maisons » offrent la possibilité de réunir sous un même toit les dispositifs sanitaires (somatiques et psychiques, ambulatoires et résidentiels), sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face à des difficultés passagères ou permanentes. Elles évitent la fragmentation des institutions et permettent d'accéder à des services et à des professionnels suffisamment au fait de l'adolescence pour proposer des réponses adéquates quelle que soit la demande initiale. Elles répondent ainsi au mieux à l'exigence actuelle de développer des consultations « à bas seuil » pour faciliter l'accès aux soins à ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels. »

2004 Une nouvelle implication de l'État

« Ces maisons seront des lieux où, en confiance, les adolescents pourront trouver une écoute et des réponses à leurs soucis de santé, mais aussi à leurs problèmes familiaux ou scolaires » déclarait le président Jacques Chirac en 2004. C'est cette année-là que le gouvernement a souhaité qu'il y ait une maison des adolescents dans chaque département et en a prévu le financement sur cinq ans. Ce programme national de soutien aux maisons des adolescents (MdA) a été lancé à l'issue de la conférence de la famille de 2004, pour assurer sur la période 2006-2010 un maillage satisfaisant du territoire en structures d'accueil et d'accompagnement des adolescents en difficulté. L'objectif visé était de les faire bénéficier d'une écoute spécialisée rapide, à proximité de chez eux, d'un abord croisé de leurs problématiques, et de les orienter éventuellement vers des prises en charge plus spécialisées. Les Maisons des Adolescents ayant d'emblée mis en avant leur vocation de création d'un lien entre besoin et réponse sur un territoire, les acteurs locaux en ont vite compris l'intérêt et se sont attachés à bâtir des projets mobilisant partenaires et professionnels concernés. La participation des



❶ **Pour en savoir plus**
sur le rapport Santé des jeunes d'avril 2002 :

> www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000128/0000.pdf

sur Casita-Maison des adolescents de l'hôpital Avicenne :

> www.clinique-transculturelle.org

services locaux, soutenue par l'aide financière de l'État, a permis le développement de maisons qui travaillent avec les dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin. Ces structures ouvertes les accueillent librement et gratuitement sans qu'une autorisation préalable des parents soit nécessaire.

«L'engagement de l'État de créer une Maison des adolescents par département est l'une des décisions les plus novatrices et de plus grande ampleur en faveur des adolescents.», écrira Dominique Versini en 2007. Elle constatera aussi, dans le même rapport, que le plan Psychiatrie et santé mentale de 2005-2008 incluait «des efforts particuliers à destination des jeunes» et insistait «sur le développement des maisons des adolescents.».

Casita, une maison adaptée au contexte urbain

La maison des adolescents (MdA) de l'hôpital Avicenne, à Bobigny, appelée Casita (pour centre d'accueil, de soins et d'interventions thérapeutiques pour adolescents), est une des premières MdA à avoir ouvert ses portes. C'est l'aboutissement d'un projet construit dans le cadre d'un réseau d'acteurs pluri-professionnels en Seine-Saint-Denis pour prendre en compte la spécificité du passage adolescent et permettre aux jeunes, à leurs familles et aux professionnels d'échanger, de se rencontrer dans un lieu qui leur ressemble afin de construire des outils créatifs et adaptés. Casita, «petite maison en espagnol», a été inaugurée à l'automne 2004, ce fut la première Maison des ados de Paris, quelques années après celle du Havre. Elle a été créée par le Pr Marie



Rose Moro, alors chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à l'Hôpital Avicenne dans le bâtiment qui aujourd'hui porte le nom de Serge Lebovici, le pionnier de la psychiatrie de l'enfant. Le directeur de l'hôpital, Michel Bilis, a permis la création de cette Maison hospitalière en donnant la «maison, dite du directeur» pour qu'elle devienne un lieu d'accueil et de soins des adolescents, de leurs parents et de ceux qui s'occupent d'eux. Du point de vue de la recherche, elle continue à développer les questions transculturelles.

Une maison abritée à l'hôpital Cochin

«La Maison de Solenn est une MdA extra-ordinaire et qui marque les esprits.», peut-on lire dans le rapport Igas de 2013. C'est, en effet, la première structure pluri-disciplinaire dédiée à la prise en charge des adolescents en Europe. Elle est située au sein de l'hôpital Cochin.

Le Pr Marie Rose Moro en raconte ainsi la genèse et les missions : «En décembre 2014, la Maison de Solenn aura dix ans. Elle fut créée grâce à la détermination de la Fondation des Hôpitaux de France-Hôpitaux de Paris, présidée par M^{me} Bernadette Chirac, qui voulait un beau lieu d'accueil pour les adolescents qui permette une déstigmatisation de leur prise en charge. Ce bâtiment, appartenant maintenant à l'AP-HP, abrite une structure de soins inventive pour adolescents, ouverte sur la ville et qui cherche des modalités d'accueil et de soins qui s'adressent à tous les adolescents, quelles que soient leurs souffrances somatiques ou psychiques. Elle s'adresse aux adolescents souffrant de troubles alimentaires graves et aux adolescents ayant des troubles psychiques ou somatiques. Elle développe des recherches dans le cadre de l'Unité Inserm 669 sur toutes ces pathologies de l'adolescence, sur les questions transculturelles et sur l'adoption internationale. Elle anime un large réseau de professionnels nationaux sur ces questions et est reconnue sur le plan international comme un nouveau paradigme de soins pour les ados.»

2007 Le « plaidoyer » de Dominique Versini

En 2007, dans un rapport intitulé *Adolescents en souffrance, plaidoyer pour une véritable prise en charge*, Dominique Versini, Défenseuse des enfants (elle avait pris la suite de Claire Brisset en

❶ **Pour en savoir plus**
sur La Maison de Solenn-Maison des adolescents de l'Hôpital Cochin:

> www.maisondesolenn.fr

sur le rapport de Dominique Versini

> www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000719/0000.pdf

2006) s'insurgeait : « Nous avons déploré que l'objectif posé en 2004 de créer une Maison des Adolescents par département soit bien loin d'être réalisé : 18 maisons seulement sont ouvertes à ce jour ! Les projets nouveaux piétinent alors que c'est une véritable révolution qui permet de mettre en lien toutes les institutions qui interviennent dans la prise en charge d'un jeune et surtout d'être un lieu adapté aux adolescents. »

Le rapport de Dominique Versini, ainsi que les différentes prises de conscience de politiques et de spécialistes donnèrent un second souffle à la création de MdA.

2008 Création de l'ANMDA

Le rapport Versini avait préconisé la création d'une fédération des MdA « pour donner une pleine dynamique au label (qu'elle souhaitait voir créer pour les maisons), développer des formations, animer des

rencontres inter-équipes, et impulser des recherches actions ».

À Caen, en octobre 2008, à l'occasion des troisièmes journées nationales des Maisons des Adolescents, quatre responsables de maisons réfléchissent à l'essor tout récent de ces nouveaux dispositifs dont la création était encouragée et aidée financièrement par le gouvernement dans un plan quinquennal.

Devant ce succès, ils prennent également conscience de la fragilité de ces dispositifs, eu égard à leur grande diversité statutaire, financière, organisationnelle, diversité qu'ils considéraient tous par ailleurs comme une richesse... Pour la préserver, tout en continuant à avancer, s'impose l'idée d'une association nationale.



❶ **Pour en savoir plus**
sur l'Association nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA) :

> www.anmda.f

sur la charte des Maisons des Adolescents :

> www.anmda.fr/anmda/les-missions/charte/

Le premier président de l'ANMDA est le Docteur Alain Fuseau qui avait été l'initiateur du concept de MdA avec la création de la structure du Havre.

La finalité de l'association nationale est rappelée dans la charte des MdA à l'article 9 : « *Les MdA constituent entre elles un réseau national appelé Association Nationale des Maisons des Adolescents. Cette mise en lien vise à appuyer le développement, sur l'ensemble du territoire français, de nouvelles maisons des adolescents afin d'assurer aux populations concernées (adolescents, familles et professionnels) un service de qualité homogène. Elle vise en outre à développer les réflexions locales, régionales, nationales et européennes autour des MdA.*

Cette association se veut un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics afin de défendre les principes communs aux MdA et d'être si besoin, leur porte-parole auprès de leurs interlocuteurs institutionnels. L'adhésion à cette association implique l'acceptation des principes énoncés dans cette charte. »

qui ne disposaient pas de MdA à l'issue de ce programme, clos fin 2012. La conférence interministérielle de la Jeunesse (CIJ) du 21 février 2013 a affirmé, dans son axe n° 3, la priorité d'« améliorer la santé des jeunes et de favoriser l'accès à la prévention et aux soins ». Un axe dans lequel les MdA devraient s'inscrire naturellement...

Aujourd'hui, plus d'une centaine de maisons sont en fonctionnement mais une quinzaine de départements ne sont toujours pas couverts par le réseau.

Les MdA s'installent dans le paysage français de la Santé des jeunes

À la suite du plan Santé des jeunes de 2008, un comité de pilotage du programme de création de MdA, co-présidé par le ministère de la Santé et la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, a été mis en place. Il a élaboré le cahier des charges des maisons des adolescents, annexé à chacun des cinq appels à projets lancés auprès des régions pendant la durée du programme.

94 projets répondant aux critères du cahier des charges ont été sélectionnés par le comité de pilotage et ont bénéficié du soutien financier de l'État, de l'Assurance maladie, et de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France.

Ces différents types de financement se sont ajoutés aux financements mobilisés par les promoteurs des projets auprès des acteurs locaux.

Contraints à des missions statutaires claires, les Maisons des Adolescents se sont néanmoins développées dans la diversité en s'adaptant à la dynamique des territoires. Cette pertinence face à des situations locales particulières est due à la souplesse des règles de portage telles qu'elles figurent dans le cahier des charges.

En 2009, un rapport commandé par la DGOS portait une appréciation favorable sur l'avancée de ce programme et une enquête conduite en 2011 par la DGCS et la DGOS attirait l'attention sur les départements

Missions des MdA

Les missions des MdA peuvent varier selon l'existant sur un territoire donné. Au cœur du dispositif, il est toutefois indispensable de retrouver une plate-forme d'évaluation des manifestations adolescentes, la possibilité de dispenser, au moins à court terme, des soins somatiques et psychiques, et, si un suivi au long cours est impossible, la possibilité d'une orientation rapide et adaptée. (Charte de l'ANMDA)

Au-delà de leurs missions statutairement définies, les MdA s'impliquent à travers les réseaux qu'ils animent dans la structuration de l'offre d'accompagnement et de soins et dans la formation des professionnels. Ce sont là quelques-unes des missions élargies que développent les maisons en fonction des situations et des demandes locales...

Missions statutaires

Les missions les plus immédiatement évidentes des Maisons des Adolescents (l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation) sont celles qui sont requises statutairement pour répondre à la définition d'une MdA. Elles annoncent clairement le rôle joué auprès de milliers d'adolescents désemparés et leurs parents qui ne trouvent pas ailleurs, dans un système trop lourd dont les intervenants sont souvent débordés, une oreille attentive à leurs problèmes.

« L'adolescent doit retrouver, dans ce lieu, tous les moyens de construire son avenir. »

La force des MdA et leur originalité proviennent d'un principe établi dès les premières expériences de maisons, celui de s'appuyer sur un réseau de partenaires diversifiés. Leur capacité à fédérer des compétences multiples et complémentaires permet une prise en charge globale des jeunes en difficulté. Hormis la direction et le secrétariat, les professionnels qui composent le personnel des MdA est souvent mis à disposition par les institutions partenaires. Dans cette équipe construite sous la responsabilité du comité de pilotage institué dès le début du projet, et en fonction des financements

trouvés, figurent tout d'abord les intervenants « historiques », ceux qui ont généralement participé à la création du dispositif (établissement de santé, Éducation nationale, Justice à travers les PJJ, collectivités territoriales, associations...) auxquels viennent s'agréger d'autres participants, détachés ou intervenants à la vacation, au fur et à mesure de l'évolution de la MdA et des besoins locaux. En terme de métier, on trouve en général dans l'équipe d'une MdA, sous la responsabilité du directeur et/ou coordonnateur, un médecin psychiatre (ou pédopsychiatre), un infirmier, un psychologue, un éducateur et un secrétaire. D'autres intervenants complètent l'équipe de base en relation avec les projets développés et les moyens dégagés, assistant social, gynécologue, nutritionniste, addictologue, personnels d'associations (aide à la parentalité, planning familial, missions locales, avocats, spécialistes médicaux)... Cette variété de métiers travaillant en commun, autorise l'accomplissement de missions dans les murs des MdA, accueil, écoute, information d'une part, évaluation et orientation d'autre part.

L'accueil, l'écoute, l'information

Ce sont les plus visibles des missions des MdA et les plus consommatrices en temps. Elles s'adressent autant aux adolescents qu'à leurs parents.

L'accueil: il s'agit de la possibilité pour un jeune de se présenter spontanément pour une demande de renseignements, la recherche d'une adresse, de conseils précis... Pour les familles et l'entourage, de rencontrer les professionnels présents afin d'évaluer les difficultés rencontrées. (MdA 69 Nord)

Des différences sont sensibles à ce niveau entre les MdA. Elles sont la conséquence des choix faits par le comité de pilotage à la création de la maison et des partenaires de l'aventure. Dans certains endroits, l'accueil le plus large est privilégié et une orientation rapide est donnée. Dans d'autres, le choix d'un « accueil en première intention » a été fait et il est généralement confié aux partenaires. Les conditions matérielles de l'accueil conditionnent aussi les possibilités ouvertes (disposition de locaux vastes, horaires larges, écoutants en nombre suffisant...).

L'Espace Accueil est la porte principale de la Maison des Adolescents du Calvados. Il est ouvert six jours



sur sept, sans rendez-vous, sur le principe du libre accès et de la confidentialité. "Guichet unique" pour les adolescents, les parents et les professionnels, il assure des missions d'information, de prévention, d'écoute, d'évaluation et d'orientation. Cet Espace Accueil a pour vocation [...] d'assurer une mission de prévention de première ligne pour des situations considérées à risque ou qui peuvent déboucher sur une crise, d'orienter et d'accompagner vers les dispositifs adaptés, si nécessaire, de réguler la demande de consultations spécialisées en interne afin d'éviter les effets de saturation de l'Espace Consultation.

En général, l'accueil est confié à un professionnel agissant seul ou à des binômes psychologue/assistant de service social ou infirmier ou éducateur. L'une des préoccupations premières des MdA dans ce domaine est de faire disparaître le mur qui semble se dresser devant un adolescent dès qu'il s' imagine face à un « psy ».

Pour y répondre, on trouve de plus en plus d'équipes dans lesquelles les métiers s'effacent provisoirement pour que tous puissent assurer un accueil de première ligne, les spécialistes devenant des « animateurs ». L'accueil et l'écoute font alors souvent l'objet de protocoles établis par toute l'équipe. Les adolescents, après un ou plusieurs entretiens, mis en confiance après ce premier contact avec l'accueillant-écoutant, peuvent ensuite être dirigés, parfois après une réunion de l'équipe pluridisciplinaire, vers d'autres compétences au sein de la maison.

L'écoute : à la demande de l'adolescent ou sur indication de l'accueillant initial et avec l'accord du jeune, une rencontre peut se dérouler avec un ou deux professionnels. Cette rencontre vise à proposer une écoute particulière aux difficultés rencontrées par le jeune, évaluer la demande d'aide et proposer le cas échéant une orientation. Ce temps d'écoute sera assuré indifféremment par l'ensemble des partenaires intervenants. Ces professionnels deviennent alors référents du suivi de la prise en charge de l'adolescent concerné. (MdA 69 Nord)

Dans cette structure qui privilégie l'écoute au sens large, le **secrétariat joue un rôle essentiel**. L'accueil est gratuit et anonyme et le suivi des adolescents est le plus souvent assuré par les professionnels eux-mêmes qui viennent d'horizons divers et pour des vacations de durées différentes. Le secrétariat, bien souvent le seul poste permanent prend alors une autre dimension, celle de la coordination du réseau et de la collecte d'informations dans la perspective du rapport d'activité, pièce maîtresse pour l'obtention de financements. C'est un travail minutieux de collecte de données éparpillées pour retranscrire l'ensemble des activités.

L'évaluation des situations et l'orientation

Les missions d'évaluation et d'orientation bénéficient du large éventail des professions dont dispose une MdA. C'est la réunion de compétences dans les domaines sanitaire, social et éducatif



qui couvrent la plus grande partie des demandes générales. Ici et là, certaines maisons peuvent proposer des consultations plus spécifiques.

La consultation spécifique fait suite à l'orientation effectuée par les professionnels ayant assuré le premier rendez vous... La consultation médicale peut être une consultation avec un médecin généraliste, psychiatre, gynécologue.... Cette consultation est assurée sur place. Au cas où cette consultation devrait se dérouler en cabinet privé, les professionnels assureront l'accompagnement ou tout au moins le suivi de cette consultation. (MdA 69 Nord)

Ainsi aussi... des conseillers mis à disposition par une mission locale en renfort dans le domaine de l'insertion sociale et professionnelle.

- > **« Le cadre de référence, fondateur des MdA, est le cahier des charges de 2005. Les principes et modalités pratiques énoncés dans ce document ont fortement contribué au développement des MdA et créé l'impulsion nécessaire pour construire des partenariats multiples et pluridisciplinaires articulés autour de ce dispositif » (rapport Igas 2013)**



PLUS D'INFO

Cahier des charges des MdA, 2010

www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CahierdeschargesMDA.pdf

... D'une conseillère conjugale du planning familial ou d'une permanente de l'école des parents et des éducateurs (EPE) pour les questions de soutien à la parentalité, parfois au côté du psychologue de la MdA.

C'est ce que propose la MdA 25 de Besançon et de son réseau Res'Ado en liaison avec l'École des parents et des éducateurs (EPE).

À Nantes, dans la MdA 44, ce sont deux psychologues de cette association qui sont mis à disposition.

... Des éducateurs en prévention spécialisée et des intervenants d'association de quartiers sensibles qui effectuent un pré-accueil qui simplifie le travail des professionnels de la MdA.

... D'un avocat défenseur des droits d'adolescents victimes de violence...

Cette synergie entre les personnels propres et les professionnels associés a souvent mené à une extension hors les murs des missions statutaires de la MdA. Par exemple, les membres de la Promotion de la santé de l'élève détachés de l'éducation nationale auprès des maisons organisent dans les établissements scolaires des conférences, des formations et des séminaires animés par les professionnels des MdA. Ce qui ajoute une dimension nomade à leurs missions d'information et de prévention tout en créant avec les enseignants des réseaux de « détecteurs de première ligne ».

La prise en charge médicale et psychologique

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

(rapport Marc Buisson - Francis Salles février 2009)

« Il est essentiel que le réseau constitué permette l'accès à une séquence d'hospitalisation ou de prise en charge à temps plein chaque fois qu'elle s'avère indispensable. En d'autres termes, il n'est pas souhaitable qu'un projet de Maison vise avant tout à ouvrir un centre fonctionnant à temps partiel si la Maison des Adolescents n'apporte pas la garantie préalable d'une prise en charge possible à temps plein pour les cas les plus difficiles dans le réseau constitué. » Que cette prise en charge soit possible selon les cas dans des unités d'hospitalisation de pédiatrie, de pédopsychiatrie, des familles d'accueil formées et aidées à la prise en charge de séjours de rupture..., relève d'ajustements aux spécificités locales **« mais il nous semble incontournable que le projet de la Maison des Adolescents apporte une garantie et une plus-value de prise**

en charge pour les situations les plus difficiles. Il convient sur ce plan de « sanctuariser » les rares capacités d'hospitalisation à temps plein pour les adolescents et de favoriser des prises en charge spécifiques chaque fois qu'un territoire en est dépourvu. » (Buisson - Salles - février 2009)

La quasi-totalité des MdA bénéficient dans leur comité de pilotage d'un ou plusieurs établissements de santé, publics ou privés. En fonction de leur positionnement – plus ou moins près d'une orientation sanitaire, à l'opposé de certaines ayant choisi une orientation sociale plus axée sur la prévention – les soins plus lourds allant jusqu'à l'hospitalisation complète sont généralement confiés aux établissements référents ou porteurs de la MdA. D'autres ont sauté le pas et installé des hébergements thérapeutiques dans leurs propres murs (parfois à l'hôpital porteur même).

L'accompagnement éducatif, social et juridique

Nombre d'adolescents qui ne souffrent pas a priori de troubles psychologiques caractérisés sont toutefois dans des situations qui constituent un terrain de développement de problèmes qui peuvent s'avérer graves. L'accompagnement éducatif, social et juridique à leurs inquiétudes est généralement assuré dans les MdA par des professionnels détachés des grands ministères correspondants.

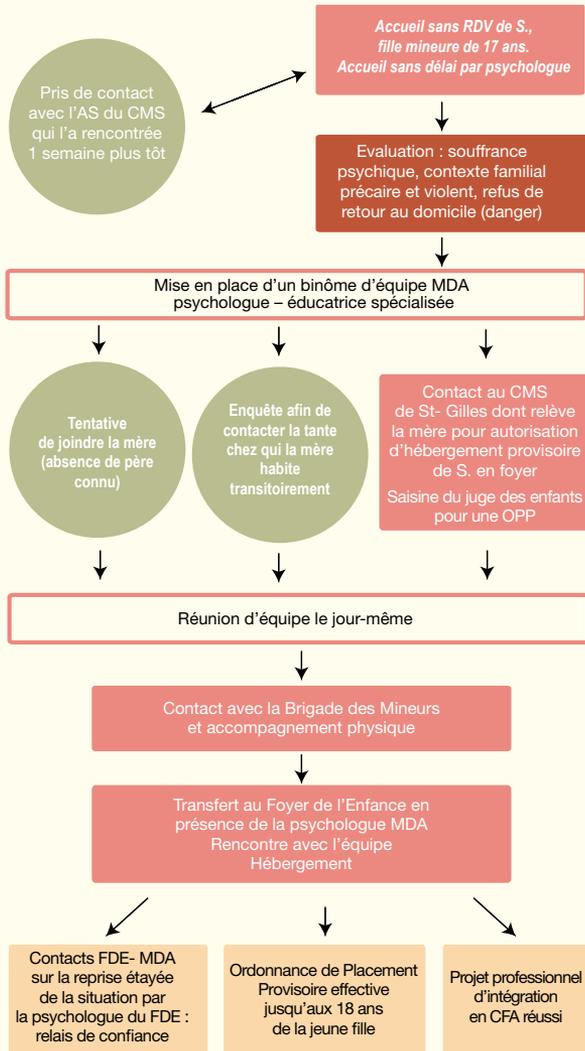
Les maisons des adolescents travaillent avec les dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin, pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. La grande majorité des Maisons des Adolescents fonctionne en équipe pluridisciplinaire. Cette pluridisciplinarité se met en place à partir de deux modalités principales :

- Grâce à des mises à disposition régulières de professionnels appartenant à des institutions (sous forme de conventions de partenariat la plupart du temps) comme le conseil général (ASE et centres de planification ou d'éducation familiale de la PMI), la protection judiciaire de la Jeunesse, l'Éducation nationale, CHU, associations...

- À l'occasion de l'ouverture (épisode ou régulière) des locaux MdA à des permanences d'associations telles que le Planning familial, Fil Santé Jeunes, École des Parents et des éducateurs, autres associations plus locales spécialisées dans les problématiques des adolescents, PAEJ... et à des associations de parents.

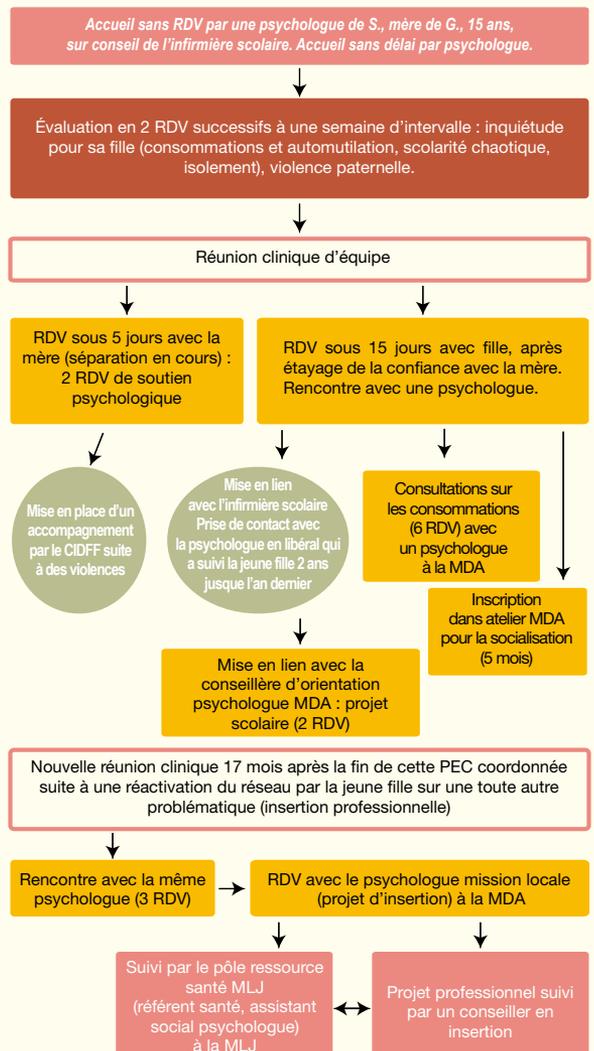
La pluridisciplinarité interne à la Maison des Adolescents est complétée, enrichie et soutenue par le travail en partenariat qu'elle stimule au niveau d'un territoire donné.

Deux exemples de parcours à la MdA du Gard



Parcours 1 Il s'est agi dans cet exemple de favoriser :

- la réactivité face à une urgence sociale (mineure en errance) tout en accompagnant la souffrance psychique (violence physique et morale, contexte familial oppressant, anxiété et angoisse),
- l'interpellation rapide du réseau de partenaires et de la famille pour découvrir le parcours antérieur de l'adolescente,
- l'interpellation rapide des autorités compétentes au regard de la situation légale (attaché territorial, JAF, juge des enfants, procureur, brigade des mineurs),
- la mise en lien avec les professionnels en aval du parcours (foyer de l'enfance), via un accompagnement physique soutenant une confiance encore fragile, tout en laissant une porte ouverte vers la MdA (reprise de contact à l'initiative de la jeune fille).



Parcours 2 Cet exemple illustre plutôt :

- la dynamique interne à la MdA comme lieu de ressource permettant, autour d'une même situation, de créer du lien entre professionnels de cultures et d'origines variées,
- l'accompagnement simultané sur différents champs du quotidien, prenant en compte l'ensemble des difficultés d'un ado, à partir d'un même lieu, dépositaire de la confiance, capable de proposer des orientations internes explicitées, soutenues, sécurisées et cohérentes
- la capacité à mobiliser l'ensemble des outils de a MdA (professionnels, réunions cliniques, d'équipe et de régulation, ateliers) tout en étant vigilant quant au nécessaire accompagnement vers une sortie du dispositif à court terme, vers une prise en charge spécialisée auprès d'un partenaire identifié, associé à la démarche.

Missions étendues

« Sous le vocable de "missions étendues" se cache une réalité qui engage la pertinence sociale des MdA. Elles sont par essence des lieux de créativité à partir desquels doivent se penser les dispositifs innovants de demain. Loin d'être une fonction annexe, cet investissement est au cœur de l'identité de la MdA, pétrie de cette créativité à laquelle nous convoquons des adolescents en mouvement. C'est dans ce sens que la MdA se donne les moyens de développer, d'explorer, des nouvelles modalités de prise en charge avec l'ensemble des acteurs de territoire, et c'est à ce prix qu'elle maintient sa capacité de veille et d'interpellation auprès des pouvoirs publics quant au développement de politiques jeunesse, de santé, de formation, d'insertion socio-professionnelle, d'accès à la culture, etc. Se positionner au cœur de la stratégie nationale de santé, au national ou en région, au cœur du projet social de territoire du conseil général, au cœur du plan santé des jeunes au niveau régional, au cœur du contrat local de santé de la ville, sur invitation de chacune de ces instances, c'est se donner les moyens de porter cette parole dans des espaces où la puissance publique a besoin de se nourrir d'expérimentations de terrain, enkystée qu'elle est dans des dispositifs institutionnels lourds et peu perméables à des postures expérimentales. »
(MdA du Gard)

« Accueillir les adolescents et leurs familles, évaluer leurs besoins, leur proposer des soins psychiques et somatiques dans notre service ou les orienter, utiliser toutes les manières de s'exprimer et de créer, travailler de manière pluridisciplinaire, faire de l'enseignement et de la recherche dans le champ de l'adolescence et de ses souffrances, telles sont les missions de notre maison des adolescents, la Maison de Solenn ».

Pr Marie Rose Moro, chef de service MdA de Cochin

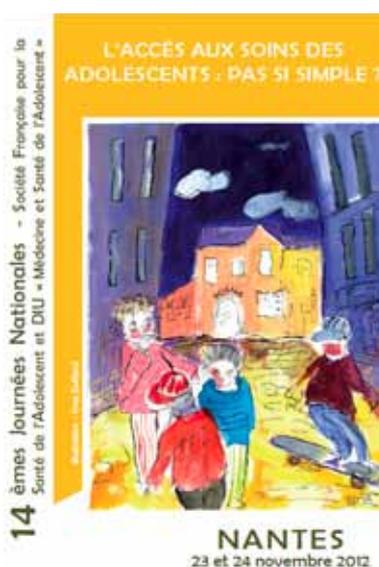
De nombreuses MdA se sont fixé des objectifs très larges, interprétés en nouvelles « missions », élargies ou étendues, qui sont, en fait,

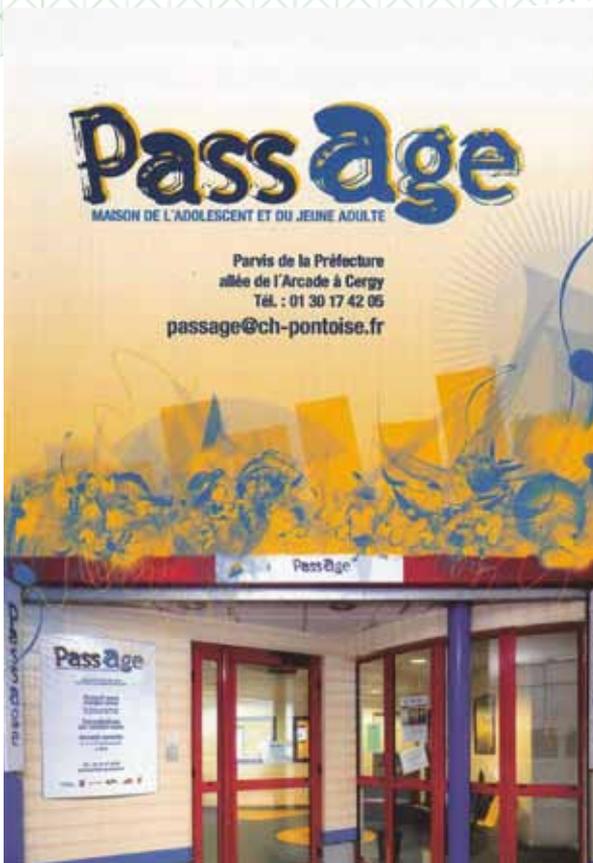
des extensions et des interprétations des missions statutaires ou, du moins, qui en respectent l'esprit. Ces missions ouvrent par là-même des champs de recherche et d'expérimentation qui enrichissent une culture commune...

Grâce à leur implication dans l'action locale et/ou en conséquence de leur dépendance envers leurs organismes de tutelle, les MdA sont aussi souvent missionnées dans des opérations et études qui requièrent leurs compétences pluri-disciplinaires.

Ainsi la MdA de Villefranche-sur-Saône, créée en 2010, s'est donné les objectifs suivants :

- Développer un lieu d'accueil, d'orientation, d'accompagnement et de soins ambulatoires pour les adolescents





et leurs proches, en coordination avec les réseaux existants sur le territoire caladois.

- *Initier et coordonner une dynamique de réseau sanitaire et socio-éducatif autour de l'adolescence afin de prévenir ou d'atténuer les crises des adolescents en difficulté.*
 - *Organiser l'expertise interprofessionnelle sur les situations individuelles en vue d'une prise en charge précisant les engagements et les limites des différents intervenants.*
 - *Évaluer le suivi des prises en charge et des méthodes dans un souci d'amélioration de la qualité de celles-ci.*
 - *Développer chez les professionnels partenaires une culture commune sur l'adolescence.*
 - *développer une dynamique de réflexion, de recherche et de formation avec les professionnels du réseau.*
 - *développer une offre de prévention et de promotion de la santé en direction des jeunes.*
 - *assurer la cohérence des actions menées en faveur des jeunes sur le territoire concerné.*
 - *Permettre un complet décloisonnement des secteurs d'intervention.*
 - *Création d'une culture commune autour de l'adolescence et des prises en charges pluridisciplinaires possibles avec les professionnels impliqués dans le réseau.*
- Objectifs que la MdA 69 Nord décline en missions :*
- *D'accueil, écoute, information, prévention et orientation*

en direction des jeunes ainsi que d'évaluation des situations

- *De prise en charge médicale et psychologique*
- *D'accompagnement social, éducatif, juridique*
- *D'accueil, d'information et de formation des divers professionnels*
- *De développement du réseau réunissant les acteurs intervenant auprès des adolescents et jeunes adultes.*

De son côté, la MdA de Cochin (Paris 14^e) formalise en mission le passage par des ateliers artistiques et culturels pour approcher les problématiques des adolescents en souffrance. Elle traduit de même l'engagement des MdA dans l'émergence d'une culture commune autour de l'adolescence par une implication dans la recherche universitaire.

Utiliser toutes les manières de s'exprimer et de créer

La Maison de Solenn (MdA de Cochin) expérimente depuis plusieurs années la voie de la créativité pour accéder aux adolescents, à leurs questions et à leurs préoccupations. Des ateliers culturels ont été mis en place. Ils sont en général menés par un professeur ou un artiste ou encore un spécialiste de l'art, de la technique ou de l'approche voulue et un soignant. On rencontre ainsi à l'intérieur de la MdA de Cochin (Paris 14^e), des enseignements d'arts plastiques, d'éducation physique, de musique, de philosophie, de français, de lettres classiques... Les professeurs sont détachés de l'Éducation nationale par convention. On y trouve aussi plusieurs types d'ateliers mis en place pour les adolescents hospitalisés ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (arts plastiques, coiffure, création audio-visuelle, cinq sens, cuisine, danse, écriture, éducation physique et médiations corporelles, espace mode, jardinage, jeux vidéos, journalisme et multimédia, français, musique, parfums, philosophie, radio, rescolarisation, socio-esthétique, soins esthétiques, théâtre.

D'autres ateliers sont organisés par les soignants et la médiathèque : jeux, journal, revue de presse, sorties sportives ou culturelles, participation à des événements artistiques...

- > *Les missions des MdA peuvent varier selon l'existant sur un territoire donné. Il est toutefois indispensable de retrouver celles précisées dans le cahier des charges des Maisons des Adolescents de 2005, repris en 2009, conditions nécessaires à l'attribution d'une aide d'État. Ces missions sont reprises et définies par la charte de l'ANMDA.*



PLUS D'INFO

Charte de l'ANMDA

www.anmda.fr/anmda/les-missions/charte/



Le groupe est animé par une art-thérapeute et orthophoniste, et une infirmière de secteur psychiatrique formée aux techniques de groupe. Les thérapeutes bénéficient d'une analyse de la pratique par une psychologue extérieure à la Maison des Adolescents. ». À la Maison des Adolescents 13 Nord, les ateliers proposés vont du psychodrame psychanalytique aux jardins familiaux, en passant par des ateliers de théâtre et d'arts plastiques et un atelier cuisine.

Faire de l'enseignement et de la recherche dans le champ de l'adolescence et de ses souffrances

La recherche à la Maison de Solenn concerne tous les champs de l'adolescence. Fondamentale et clinique, elle concerne des questions actuelles autour de la santé à l'adolescence selon quatre axes de prédilection, l'anorexie, la dépression, l'obésité et les psychothérapies. Les troubles du comportement alimentaire sous toutes leurs formes sont un axe privilégié, cependant d'autres questions de recherche clinique peuvent être traitées, phobies scolaires à l'adolescence, évaluation des effets des ateliers culturels ou des études en neuro-imagerie chez les adolescents anxieux ou présentant des troubles de l'humeur... Ces recherches se font dans le cadre de l'unité Inserm 669 et du laboratoire de psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse (PCPP) de Paris-Descartes et aussi en collaboration avec l'unité Inserm 1000 et le laboratoire de psychologie de Paris 13.

Recherches internationales et transculturelles

La Maison de Solenn cherche à adapter le concept de Maison des Adolescents dans le monde pour augmenter la capacité de tous à reconnaître la spécificité des besoins des adolescents et à s'en occuper de manière adaptée et pluridisciplinaire.

Elle mène des recherches internationales et transculturelles dans le champ de l'anorexie et de l'obésité et dans le champ de la clinique transculturelle des enfants et des adolescents en collaboration avec Paris 13. Elle a ainsi participé à la construction d'un outil pour évaluer le bilinguisme des enfants, l'ELAL d'Avicenne (Évaluation langagière en langue maternelle pour les enfants allophones et les primo-arrivants). Des études sont faites sur l'adoption internationale (construction de la parentalité, construction identitaire des enfants, aspects transculturels de l'adoption internationale) et une étude européenne sur les mineurs étrangers isolés est en projet.

En collaboration avec Médecins Sans Frontières et Epicentre, la MdA de Cochin cherche à construire des outils de détection de la

Si la maison de Solenn est pionnière dans l'art d'utiliser « toutes les manières de s'exprimer et de créer », d'autres MdA se sont intéressés à cette manière d'aborder les problèmes de leurs adolescents.

Ainsi à la MdA 73 à Chambéry, « L'atelier-Théâtre est un outil intéressant pour des adolescents en souffrance psychique. Le personnage qu'on endosse au théâtre permet de travailler et d'assouplir le vécu identitaire. La prise en charge est globale. La médiation est ludique. Le cadre est suffisamment contenant pour étayer les jeunes et redonner plaisir à leur propre fonctionnement. La participation est en général assidue. Trois groupes sont proposés le mercredi, en fonction de l'âge des adolescents : 13/14 ans, 15/16 ans et 17 ans et plus.

Les adolescents y sont adressés par un psychologue ou médecin de la MdA, même lorsqu'ils ont eu affaire à un partenaire extérieur. En effet, le travail en réseau fait qu'il y a davantage de prescripteurs. Le suivi par le référent - psychologue ou médecin - se poursuit et les réunions cliniques permettent d'affiner la prise en charge des jeunes.

À propos du cahier des charges des MdA

Le Gouvernement a souhaité étendre le développement des maisons des adolescents, jusqu'alors relevant d'initiatives dispersées, à partir d'un cahier des charges, avec les objectifs suivants :

Prendre soin et accueillir les adolescents, leur fournir les informations et les conseils dont ils ont besoin, leur offrir les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes, en favorisant la synergie des acteurs et la mise en oeuvre de prises en charge globales pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles

(à la fois médicales, psychologiques, sociales et éducatives) ; organiser l'expertise interprofessionnelle sur les situations individuelles et 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).

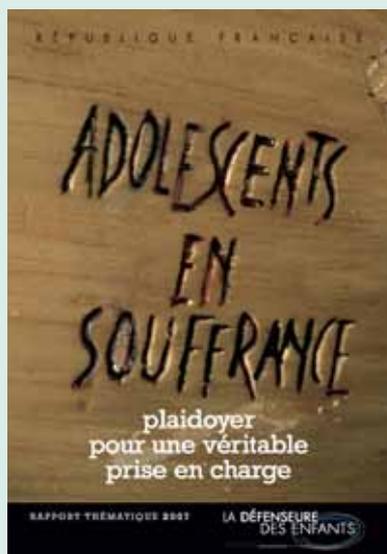
Bilan DGCS/DGOS du programme MdA 2005-2010 (décembre 2011)

www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_du_programme_2005-2010_des_maisons_des_adolescents.pdf

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

Leurs objectifs généraux sont ambitieux et définis dans un cahier des charges précis :

- 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
- leur fournir des informations, des conseils et une aide au développement d'un projet de vie
- favoriser l'accueil en continu par des professionnels pluridisciplinaires pour faciliter l'accès des adolescents qui ne viennent pas dans les circuits les 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) en créant un réseau avec les structures de proximité (notamment à partir des PAEJ locaux ou des Espaces Santé Jeunes).



Les Maisons des adolescents ont donc vocation à réunir les dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. Elles doivent pouvoir avoir accès à des lits d'hospitalisation réservés à cet effet et à des consultations médicales. Elles peuvent être créées à partir de structures, équipements ou services existants qui satisfont à ces orientations. Le porteur du projet peut être un établissement de santé, une association, une collectivité locale et chaque projet de Maison des adolescents doit s'appuyer sur un diagnostic des besoins du territoire et des structures existantes tant publiques que privées. Ce diagnostic doit être partagé par l'ensemble des partenaires: éducation nationale, justice, conseil général et autres collectivités locales, acteurs de la santé et de l'action sociale (ARH, DRASS, DDASS, missions locales...). Il doit également associer les autres acteurs concernés (police, gendarmerie...). Les prestations proposées aux adolescents peuvent être individuelles (consultations médicales, entretien avec un psychologue, entretien dans le cadre de la planification familiale, consultation de diététique...) mais également collectives (groupes de parole, ateliers thérapeutiques...). Elles sont organisées en articulation avec d'autres structures intervenant en faveur des jeunes. La place des parents dans la prise en charge du jeune doit être effective.

Rapport Versini 2007

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000719/0000.pdf>

souffrance psychique adaptées aux différents contextes de guerres, de catastrophes ou de crises majeures où intervient Médecins Sans Frontières et où les besoins psychiques des enfants et des adolescents sont souvent méconnus et toujours sous-estimés. Par ailleurs, est programmée une étude sur la détection transculturelle de la dépression (enfants, ados, adultes) dans les situations traumatiques.

Une fois encore, la MdA de Cochin a joué un rôle pionnier dans ce secteur... mais d'autres MdA, de taille plus modeste, collaborent ou sont à l'origine de travaux universitaires.

Ainsi la MdA 94 travaille avec le secteur de psychiatrie générale de Créteil et collabore à la recherche multicentrique Inserm, associant trois MdA, sur les conduites à risques des adolescents.

La Maison de Solenn a développé une attention particulière à la complexité des relations avec les adolescents d'origine étrangère en modifiant et adaptant leurs conditions d'accueil. Dans certains départements confrontés à ce même problème, la prise en charge de ce public spécifique fait l'objet d'une véritable mission confiée par la puissance publique locale à la MdA.

C'est dans cette logique que la MdA du Gard a été interpellée par le conseil général pour la prise en charge des mineurs isolés étrangers, suite à un afflux massif de ces jeunes et à la circulaire de M^{me} Taubira prévoyant leur répartition sur le territoire.

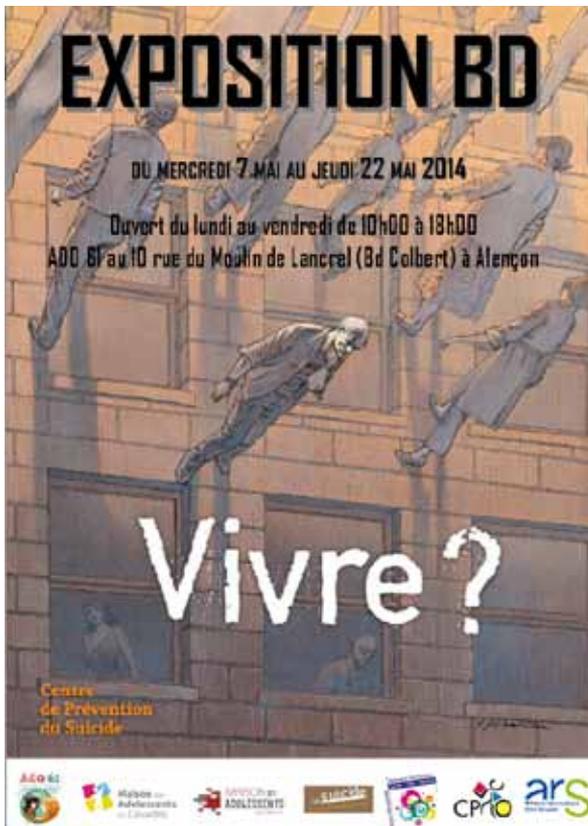
Pour ceux-là, la MdA a construit, petit à petit, par un

travail de partenariat nourri, un réseau d'accompagnement au gré des besoins identifiés par les professionnels et des souhaits manifestés par ces mineurs.

Aujourd'hui, via ce réseau coordonné par la MdA, ces jeunes trouvent des réponses en matière :

- de santé (bilan à la CPAM, ouverture de droits à l'assurance maladie, vaccinations, dépistages, prises en charges spécialisées...),
 - de scolarité (bilan d'aptitude pour les francophones, bilan CASNAV pour les allophones, inscriptions dans des filières générales ou technologiques jusqu'au bac),
 - de soutien psychologique (réseau de psychologues en fonction des problématiques liées à des spécificités: transculturalité, traumatismes divers, addictions...),
 - d'accès au droit (étude de leurs droits présents et à venir au-delà de leurs 18 ans, aide à la constitution de dossiers de demande de passeport auprès des autorités consulaires)
 - d'insertion socio-professionnelle (stages, apprentissage)
 - d'accès à la culture et aux loisirs sur le territoire
- C'est grâce à sa forte identité de réseau que la MdA a pu mettre en place, en un temps record, ce réseau de prise en charge partagée, en lien direct avec une demande des services du conseil général.***





De plus...

Les MdA participent à la formation des professionnels

Les professionnels des institutions œuvrant dans les domaines médico-sociaux qui participent aux activités des MdA et sont associés à leurs interventions renforcent leurs compétences par la pratique en réseau et les échanges interdisciplinaires. À cela s'ajoutent les activités de formation prodiguées par les personnels des maisons, leur participation à la réalisation de programmes éducatifs et les conférences organisées à intervalles réguliers *in situ* ou dans des lieux pouvant accueillir un plus large public.

- La formation et l'écoute des professionnels est un des axes important de l'activité de la maison des adolescents de Villefranche sur Saône en tant que lieu ressource. Cette activité peut prendre la forme soit d'un travail autour de situations concrètes, soit d'une réflexion plus théorique. (MdA 69 Nord)

- La MdA contribue à fédérer et animer un réseau professionnel autour des questions de l'adolescence. Elle est le lieu de partage d'expériences, de transversalité, de coordination et de formation pour les professionnels. Elle joue le rôle d'interface, voire d'articulation, entre les différents intervenants de l'adolescence. Au service des professionnels internes à sa structure, ou externes comme partenaires, elle organise des réunions de réflexions, d'échanges sur les pratiques, afin de favoriser la connaissance, la reconnaissance, le respect et la valorisation du travail de chaque professionnel. (MdA du Gard)

Les MdA sont des lieux ressource

Pour les professionnels qui travaillent auprès des jeunes, la MdA est aussi un lieu ressource, un lieu d'élaboration et de diffusion d'une « culture commune sur l'adolescence » et des pratiques en rapport avec les interventions en direction de ce public particulier.

Les problèmes rencontrés par de nombreuses institutions accueillant des jeunes face à des situations complexes ont conduit plusieurs MdA à leur apporter leur aide. Cette prestation d'un nouveau genre est fondée sur l'expérience des équipes pluridisciplinaires et sur la capacité d'adaptation des maisons. Elle constitue un recours facile et rapide qui tranquillise les professionnels confrontés à des crises. Ils sont assistés pour y répondre ou, le cas échéant, laisser la MdA prendre le relais. Lieu de ressource, la MdA est ouverte à tous et offre « En particulier, une écoute appropriée des professionnels de l'adolescence » qui « doit pouvoir être développée au sein des MdA. » (charte de l'ANMDA)

Dans le cadre de son pôle ressources, la MdA 30 a eu l'occasion d'accueillir, pendant l'année 2013, plus de 1300 professionnels, que ce soit pour des temps de formations, d'échanges, de conférences ou d'animations, pour des professionnels issus des secteurs sanitaires, social, médico-social ou éducatif, du fait de manifestation organisées par elle-même, mais également, et surtout, par des institutions partenaires qui se sont saisies de cet espace de rencontre et de mutualisation qui leur est proposé (CODES30, ADPS, DASEN, RESAGARD, EPE, MLJNM, APA, rectorat, CMS, CIDFF, PJJ, etc.). (MdA du Gard)

Les MdA accordent une grande place aux parents

Si les MdA se préoccupent de la santé des jeunes, elles s'adressent aussi aux adultes en charge de ces adolescents, et en particulier aux parents dont le rôle est considéré comme déterminant et souvent essentiel. Les missions des MdA peuvent prévoir de développer des structures de soutien spécifique à la parentalité. La plupart des maisons s'adossent déjà à celles qui existent dans le réseau.

D'autre part, la prévention, axe de travail fort des MdA, concerne en premier lieu les adolescents mais demande l'implication des parents et des éducateurs qui en sont chargés.

Les parents font l'objet d'une attention particulière de la part des équipes des MdA qui font toutes le constat que la construction du projet de vie de l'adolescent en souffrance passe presque toujours par la reconstruction du lien familial. La place que ceux-ci doivent occuper pendant cette étape est déterminante. Le professeur Philippe Jeammet, président de l'École des parents et éducateurs d'Île-de-France, rappelle que : « dans beaucoup de situations de jeunes en détresse, les parents se sentent coupables et se posent la question de ce qu'ils ont raté... »

Dans les MdA, des groupes de parole ont été créés, animés par des professionnels (psychologue, psychanalyste, éducateurs, infirmiers... en fonction des thèmes abordés). Ils réunissent les parents des enfants pris en charge par la MdA, ou pas. En effet, la dimension de prévention des missions des maisons s'étend aux simples inquiétudes de parents dont les adolescents n'ont pas encore eu affaire au dispositif.

Les Maisons des adolescents intègrent parfois un accueil particulier des parents. De même que certaines unités psychiatriques d'adolescents font participer les parents, par exemple Mosaïque, à Poitiers, qui veut « offrir à l'adolescent mais aussi à ses parents un espace médiateur où pourrait émerger sans dommage un nouveau type de relation entre parents et adolescents ». (Rapport Versini)

La Maison des Adolescents du Rhône, service de la Mutualité française, organise à Lyon, un vendredi sur deux, des groupes Paroles de parent, co-animé par un psychologue et un éducateur.

Dans le même département, à la MdA de Villefranche-sur-Saône, Au Fil Des Echanges propose aux parents une réunion mensuelle pour discuter après la projection d'un film.

Les groupes de paroles de la Maison de Solenn (Paris 14^e) permettent aux parents qui y participent d'échanger entre eux pour « partager ses angoisses, mettre en mots toute la difficulté d'être parents d'un adolescent en souffrance. ». Catherine Giraud (psychologue) et Véronique Poivre d'Arvor (parent formé à l'animation) animent ces groupes de parole.

Les MdA font partie des partenaires locaux actifs dans le domaine du soutien aux parents comme le souligne l'Unaf (Union nationale des associations familiales) : « Elles constituent un complément précieux aux interventions des Points Infos Famille (structures créées en 2003, souvent hébergées dans les unions locales de l'Unaf) et des Maisons pour les familles. » Elles sont aussi à l'origine d'actions locales ou bien encore participent à des réseaux de parents d'adolescents.

L'activité de l'Appa (accueil pour parents d'adolescents), en liaison avec la MdA du Havre (76) croît régulièrement depuis sa création en 2005. L'Appa ne propose pas des thérapies mais un accompagnement, une aide ponctuelle aux parents et aux familles dans leur rapport aux adolescents. Dans son rapport 2012, Alain Fuseau écrit « Enfin, on constate que l'Appa, de façon distincte de la MdA, s'implante sur le territoire et est repérée comme telle. Une proportion stable, voire légèrement croissante de situations viennent à l'Appa sans aucune adresse préalable. On se félicitera une fois de plus de la proportion toujours importante (près de 43%) de situations où l'adolescent n'est pas suivi à la MdA, au moins au moment du premier rendez-vous à l'Appa.

Au total, un rapport d'activité qui reflète bien la charge de travail croissante pour l'ensemble des professionnels de la MdA, la demande forte en provenance des familles et des adolescents eux-même. L'APPA assure une mission essentielle et complémentaire de la MdA, son repérage est maintenant bien établi. »

Les MdA sont très souvent adhérentes des Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Réaap) dont le mode de fonctionnement est assez semblable aux leurs pour que des échanges soutenus aient lieu.

Adhérente du Réaap, la MdA de Roanne, par exemple, accueille dans ses locaux des réunions d'information pour les membres de ce réseau.

Les Réaap ont été créés par la circulaire DIF/DGAS/DIV/DPM N°1999/153 du 9 mars 1999, suite à la conférence de la famille de 1998, Souples, soutenus par l'État et relayés par le secteur associatif, ils interviennent au plus près des besoins des familles (co-parentalité, parents en conflit ou en voie de séparation, accompagnement de parents de jeunes enfants et d'adolescents, relations entre les familles et l'école, prévention et appui aux familles fragiles...). Ils constituent un outil important de la politique familiale. Proches des familles et de leurs préoccupations,

Mis en place dans 100 départements, sous des formes diverses qui reflètent des relations entre les acteurs départementaux du soutien à la parentalité, ils sont, par ailleurs, un cadre de partenariat entre les différentes institutions et associations intervenant dans le

champ de la parentalité. Leur rôle est essentiel pour le développement de synergies et la mutualisation des pratiques, ainsi que des connaissances.

La collaboration avec les Réapp est mentionnée au cahier des charges des MdA au chapitre *Actions en direction des familles*: « *Elles (les actions) doivent faire l'objet d'une réflexion partagée notamment pour ce qui concerne la place des parents dans la prise en charge. Elles peuvent être individuelles ou collectives. Elles s'organisent en articulation avec les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Réapp), ainsi qu'avec les Points info famille (PIF).* »

Les MdA s'ouvrent à des missions d'expertises

Fortes des compétences qu'elles peuvent réunir dans des domaines très divers, les Maisons des Adolescents deviennent souvent le fer de lance de politiques publiques défendues ou lancées par leurs organismes de tutelle. C'est particulièrement vrai dans le cas où ceux-ci sont des collectivités locales ou territoriales, par ailleurs chargées des politiques publiques en direction de la jeunesse. Les MdA sont par ailleurs parties prenantes des instances de réflexion sur la Santé et participent à des expériences pilotes.

Au-delà de cette responsabilité d'animation, la MdA investit d'autres champs d'expertise. Ce qui se traduit par son inclusion au sein d'une réflexion territoriale partagée pour la définition de priorités en termes de santé publique, de cohésion sociale, de lutte contre les discriminations, de politiques d'accompagnement social, éducatif ou sanitaire des jeunes, et ce, à différentes échelles, et au sein de différentes commissions pilotées par des instances locales (préfecture, conseil général, ARS, DDCS...). L'expertise désormais reconnue à l'équipe de la MdA quant à sa connaissance du public adolescent, en fait un interlocuteur repéré dans la mise en place de projets, d'actions ou de commissions relatives à des enjeux concernant ces publics sous la responsabilité du conseil général, de l'ARS ou de l'INPES. Enfin, sur l'ensemble de l'année 2013, la MdA s'est intéressée à la mise en place du parcours santé mentale des adolescents à Nîmes. Dans ce cadre, la MdA déploie une démarche d'animation du réseau, à l'échelle de la ville, par cercles concentriques, à partir du réseau interne de la MdA, jusqu'aux dispositifs institutionnels de pédopsychiatrie, passant par les services de l'Éducation nationale, du conseil général, de la Justice, le secteur libéral et l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux. En 2014, cette dynamique est reprise par le contrat local de Santé de la ville de Nîmes.

(rapport d'activité MdA 30)



ÉLÉMENTS-CLÉS D'UNE MdA

La création des MdA a été une étape importante dans la manière d'approcher et de soigner les problèmes des 15% d'adolescents qui présentent des signes tangibles de souffrance psychique exprimée dans une grande diversité de comportements pouvant aller jusqu'à des mises en danger physique et sociale. L'originalité du dispositif a été de mettre en réseau la plus grande partie des intervenants qui, jusqu'alors, agissaient souvent en ordre dispersé. L'autre aspect nouveau des MdA a été d'assurer la pérennité des maisons en confortant l'investissement des partenaires par des conventions, en créant des comités de pilotage et de suivi et en privilégiant l'évaluation locale et nationale.

Une MdA pas à pas

Les missions que doit statutairement assurer une Maison des Adolescents et leurs possibilités d'extension, dépendent du contexte local et des partenariats, ainsi que des financements mobilisables. Le cahier des charges des MdA établi en 2005 et réaffirmé en 2009 pose un certain nombre de bornes qui permettent de juger de la faisabilité d'un projet de maison et indiquent les points essentiels à sa réussite.

Le processus de création d'une MdA doit donc respecter certaines conditions

① Analyser les structures existantes en terme d'accueil et de soin des adolescents. Faire l'inventaire de l'offre tant publique que privée. Rassembler les données démographiques, sanitaires... sur la situation locale des adolescents.

Ce diagnostic de l'existant et des besoins du département doit être partagé par tous les partenaires possibles, mobilisables sur place : acteurs de la santé et de l'action sociale (ARH, Drass, DDASS,



POUR EN SAVOIR PLUS

sur le cahier des charges (lettre circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création des Maisons des Adolescents).

> www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CahierdeschargesMDA.pdf

missions locales), Éducation nationale, Justice, collectivités territoriales, police, gendarmerie, milieu associatif...

② Recenser les porteurs de compétences nécessaires au projet et trouver des partenaires dans les compétences-clés listées ci-dessus en 1.

③ Élaborer le projet (comité de pilotage, conventions). Si les besoins du territoire le justifient, la prise en charge des adolescents peut être prévue dans le cadre d'un réseau de santé (article L6321 1 du code de Santé publique) adossé à une MdA.

④ Assurer le suivi de la mise en œuvre.

Dans cette démarche qui privilégie le partenariat, certains aspects formels sont jugés indispensables par le cahier des charges pour permettre l'avancée des phases du projet

① Un comité de pilotage doit être composé dès la phase d'élaboration du projet, réunissant les principaux partenaires et les services concernés. Ce sont généralement les plus gros contributeurs financiers et les porteurs du projet (établissement de santé, collectivités territoriales, Éducation nationale...).

② Une ou des conventions de partenariat par lesquelles les acteurs principaux formalisent leurs apports et leurs engagements respectifs. (Une convention est un contrat entre personnes morales).

③ Un comité de suivi, après la création de la MdA, afin d'évaluer la réalisation des objectifs fixés dans la convention ou les statuts d'origine.

En dépit de la rigueur de cette procédure et de la pertinence des outils proposés par le cahier des charges, le rapport de l'Igas de fin 2013 constatait que la réussite d'un projet de Maison des Adolescents était aussi conditionnée par des éléments non quantifiables, ni réparables a priori, dépendants essentiellement du facteur humain et de l'implication de personnalités.

Pour mener à bien une telle entreprise, les moyens matériels ne font pas tout : « Il faut aussi que se conjuguent...

① le portage du projet par une personnalité fédérant autour d'elle quelques professionnels et réunissant trois conditions. D'abord le soutien d'une organisation dans laquelle elle est investie, ensuite, sa reconnaissance par les partenaires du projet, enfin, sa capacité à porter le projet pendant au moins la première année.

② la volonté partagée par les responsables d'un établissement de santé de permettre l'hospitalisation des adolescents en tant que besoin (chapitre III du cahier des charges). » (Rapport Igas 2013)



Objectifs des MdA dans le programme national de soutien (23 janvier 2014)

La MdA est le lieu d'expression des maux de l'adolescence, elle fournit des réponses rapides et adaptées à l'intention des adolescents, de leur entourage familial, et des partenaires locaux des secteurs de la Santé, de l'Action sociale, de l'Éducation et de la Justice, concernés par l'adolescence. Elle ne se substitue pas aux prises en charge existantes, mais permet de mieux les utiliser. Elle se présente comme un lieu spécifique dans lequel toutes les entrées sont possibles, et où les intervenants travaillent et réfléchissent ensemble. Elle assure une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien et d'orientation des adolescents.

Objectifs généraux

Accueillir les adolescents et leur fournir les informations et les conseils dont ils ont besoin ; offrir aux adolescents les prestations les mieux adaptées en favorisant la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charge globales pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles (médicales, psychologiques, sociales, éducatives, voire judiciaires) ; Organiser l'expertise interprofessionnelle sur les situations individuelles et préciser les engagements des différents intervenants ; garantir la continuité et la cohérence des prises en charge ; constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour les acteurs concernés

Objectifs spécifiques

Favoriser l'échange des connaissances entre les professionnels et leur apporter un appui méthodologique, pédagogique et bibliographique, fédérer, animer, former un réseau départemental, développer la recherche sur les pratiques soignantes et éducatives. Ainsi la MdA doit relever le défi de la pluridisciplinarité des professionnels et de l'articulation avec de nombreuses structures d'accueil, de suivi, de prévention et de soins.

Missions envers les adolescents

La maison des adolescents doit pouvoir accueillir les adolescents dans un lieu clairement identifié, aisément accessible et non stigmatisant. Le premier accueil, même s'il est assuré par des professionnels spécialisés, génère d'abord une écoute généraliste. Si cela s'avère nécessaire, un entretien plus approfondi peut être proposé à l'adolescent et ses parents et éventuellement la mise en place, avec leur accord, d'un parcours d'accompagnement personnalisé sollicitant différentes compétences du réseau. De la qualité de son écoute en premier accueil, dépend la qualité du soutien que la MdA sera en mesure de proposer aux adolescents.

Missions envers les parents

La MdA offre aux parents, mais aussi aux autres proches, la possibilité d'être écoutés, rassurés, de comprendre mieux ce qui se joue, de réfléchir avec d'autres, d'être aidés, d'envisager des solutions. Elle offre des espaces de dialogue, de façon individualisée ou dans des groupes de parole de parents. Elle peut permettre également des entretiens conjoints, parents et adolescents, ou famille entière, au moment opportun.

Missions envers les professionnels

La maison des adolescents joue le rôle d'interface, voire d'articulation, entre les différents intervenants de l'adolescence (équipe ressource de psychiatrie - Aide sociale à l'enfance - Protection judiciaire de la jeunesse, équipes de secteurs...). Au service des professionnels internes à sa structure, ou externes comme partenaires, elle organise des temps de formation et des réunions de réflexions sur les pratiques. Elle favorise la connaissance mutuelle du travail de chaque professionnel.

POUR EN SAVOIR PLUS

> www.sante.gouv.fr/le-programme-national-de-soutien-aux-maisons-des-adolescents.html

Le réseau, épine dorsale et singularité des MdA

« Lieux de rencontres et d'échanges, les Maisons des Adolescents ont vocation à rassembler tous les professionnels, collectivités territoriales et structures associatives amenés à intervenir, à un titre ou à un autre, auprès des adolescents. Sont concernés à ce titre : l'Éducation nationale, la Justice, la Police, la Gendarmerie, les conseils généraux et autres collectivités territoriales, les acteurs de santé (médecine libérale et établissements hospitaliers) et de l'action sociale (ARH, DRASS, DDASS, missions locales...), les autres structures de prise en charge existantes (PAEJ, Fil Santé, Espaces Jeunesse, inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile), avec lesquels elles ne doivent pas faire double emploi, et tout le milieu associatif.

Ce travail en réseau est primordial pour assurer une prise en charge globale. Dans ce contexte, les Maisons des Adolescents doivent impérativement avoir accès à des lits d'hospitalisation réservés à cet effet et à aux consultations qu'elles ne peuvent pas assurer elles-mêmes. »

Rapport Marc Buisson - Francis Salles Les Maisons des adolescents (février 2009)

Les MdA constitue une interface entre les lieux existants de prise en compte des adolescents. A ce titre, elles travaillent en étroite collaboration avec des structures d'amont ou d'aval. La charte de l'ANMDA précise aussi que « L'existence de ces dispositifs constitue un complément indispensable au bon fonctionnement des MdA. »



Les MdA s'adressent principalement aux adolescents et à leurs familles mais concernent également les autres intervenants dans le secteur de la santé, de l'éducation, de la justice, de la culture, du sport, de la sécurité... avec qui elles concluent des partenariats. Ces intervenants associés constituent le réseau et sont donc au cœur même de la philosophie des MdA. Ils bénéficient en retour de l'appui de la structure qui sait mettre en place ou trouver les moyens de répondre aux problèmes que rencontrent les professionnels.

Ces professionnels sont impliqués dans les actions en direction des adolescents...

Ces actions peuvent être individuelles (permanences de conseil et d'orientation dans les domaines social, éducatif, juridique... consultations médicales, entretien avec un psychologue ou dans le cadre de la planification familiale, consultation de diététique...) ou collectives (groupes de parole, ateliers thérapeutiques...). Parmi ces intervenants associés, on trouve ici, notamment, les Points accueil écoute jeunes (PAEJ) et les Espaces santé jeunes (ESJ), qui sont des structures de proximité dont les missions doivent rester



POUR EN SAVOIR PLUS

sur le rapport Marc Buisson - Francis Salles *Les Maisons des adolescents* (février 2009)

> www.derpad.com/fileadmin/ressources/download/RapportSallesBuisson2009.pdf

distinctes de celles des Maisons des Adolescents mais qui sont souvent proposées dans le cadre de celles-ci quand elles ne leur ont pas laissé la place..

... et en direction des familles

Les membres du réseau participent à la réflexion à propos de la place des parents dans la prise en charge. C'est le cas des Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Réaap), et des Points Info Famille (Pif).

Depuis les années 1980, soit bien avant la création des MdA, d'autres structures ont été mises en place pour prendre en charge les jeunes (puis leurs parents) confrontés à des difficultés personnelles ou sociales. Une des conditions de réussite des MdA est la bonne articulation des actions de leurs équipes avec les professionnels de ces organisations.

Les professionnels de Santé

Les médecins généralistes sont souvent les premiers à être en contact avec les adolescents et leurs familles. S'ils sont en première ligne dans la détection de situations à risques, ils ne bénéficient pas généralement d'un crédit de confiance de la part des jeunes qui, instinctivement et sans doute souvent à raison, les placent dans le camp des parents. Le recours à une MdA peut être salutaire car il introduit dans les relations entre le médecin de famille et l'adolescent, un tiers, qui par son approche originale, peut être rassurant. Le cahier des charges des MdA insiste sur cet aspect du réseau et sur sa capacité à toucher le plus grand nombre pour une meilleure prévention.

L'importance de l'enjeu a conduit, par exemple, la MdA des Yvelines Sud à réaliser une campagne d'information auprès du Groupement de coopération sanitaire 78. Cette meilleure connaissance par les médecins généralistes du rôle de la MdA a amené une nette augmentation de leurs demandes d'assistance pour des situations intriquées. En outre, une permanence téléphonique assurée par un médecin ou un psychologue de la MdA est à leur disposition.

Les professionnels de l'Éducation nationale

C'est au sein des collèges et lycées que l'on trouve la très grande majorité des adolescents de 11 à 18 ans. Les enseignants et le personnel administratif sont les premiers au contact avec eux après les familles mais ils apportent un œil extérieur qui peut être

prépondérant dans l'observation de la santé des élèves.

De leur côté, les médecins scolaires, les infirmiers et les assistants du service social sont des observateurs privilégiés. « *La mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif essentiel et spécifique de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective.*

Les responsabilités de l'École en cette matière sont affirmées notamment dans les dispositions générales du code de l'Éducation (Livre I, Titres I et II). La réalisation de ces objectifs repose sur l'implication et le travail de tous les personnels, membres de la communauté éducative, et plus particulièrement sur un travail en équipe pluri-professionnelle associant les directeurs d'école, les chefs d'établissement, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmiers, les conseillers d'orientation psychologues, les médecins, les assistant(e)s de service social, les psychologues scolaires, les secrétaires médico-scolaires...

La mission de l'École {...} vise à :

- *favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel;*
- *détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité ;*
- *agir en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves ;*
- *accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins ;*
- *développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque ;*
- *contribuer à faire de l'école un lieu de vie prenant en compte les règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie. »*

Les responsables des MdA ont à cœur de soutenir la promotion de la santé au sein de l'Éducation nationale. Des partenariats de qualité ont été instaurés avec le soutien des responsables académiques et des intervenants de terrain, de la direction d'établissement aux professionnels de la mission de promotion de la santé en contact avec les élèves. Ces échanges se sont traduits par la mise à disposition de personnels enseignants, de santé et d'action sociale à temps partiel dans les MdA et par la mise en place conjointe d'interventions de professionnels dans les établissements scolaires soit en direction des élèves avec des réunions d'information, soit en direction des personnels pour des formations aux problèmes des adolescents (violence sur soi, et autrui, troubles alimentaires,

addictions, vie affective, sexualité...). Cette collaboration a souvent pour résultat une meilleure connaissance de l'assistance proposée par les MdA et y oriente des adolescents qui ne savent pas vers qui se tourner. Cette source amènerait de 25 à 40% de la fréquentation des maisons.

Un grand nombre de MdA met aussi à la disposition de l'Éducation nationale son expertise pour l'étude de situations « complexes » d'élèves. Cette intervention en tant que tiers permet de poser un diagnostic et de proposer des pistes de travail.

Les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

Dès l'apparition des MdA, la direction de la PJJ a choisi de s'appuyer sur ce nouveau dispositif. Cette confiance s'explique par la proximité des préoccupations, cas difficiles et nécessité d'un accueil ciblé. La prise en charge des adolescents par des personnels des MdA complète celle de la PJJ. Ce que confirme un éducateur de celle-ci devant la mission Igas : « *Nos jeunes sont abîmés... Leur parler de rencontrer un psy attire un refus net. La MdA facilite le lien grâce à son équipe pluridisciplinaire qui fluidifie la prise en charge du jeune et favorise son adhésion...* »

De son côté, Michel Botbol, psychiatre des hôpitaux, attaché à la direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) confirme l'intérêt de la collaboration avec les maisons : « *L'organisation de consultations "jeunes consommateurs" par les MdA est un point de rencontre avec les antennes de la PJJ qui prennent en charge les jeunes concernés par le problème. Souvent ces antennes ont participé à la construction de projets de MdA ou sont associées aux réseaux de celles-ci. C'est donc tout naturellement que les éducateurs de la PJJ ont recours aux professionnels de la MdA. La grande majorité des conventions signées avec la PJJ illustre un investissement auprès des MdA qui se traduit par la mise à disposition de personnel de l'une et la formation dispensée par l'autre dans le cadre d'analyse de situations et d'appui aux pratiques professionnelles.* »

Les professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Même si la plupart de ces services qui accueillent des jeunes emploient un personnel composé d'éducateurs, de psychologues, de médecins et d'infirmiers qui devrait suffire à apporter une

réponse aux problèmes posés par les adolescents, ils souffrent de leur statut institutionnel et l'on constate que l'appui des MdA est souvent sollicité. Ces articulations entre MdA et secteur social et médico-social expliquent le rôle moteur dans le comité de pilotage de la plupart des maisons de responsables d'associations gestionnaires d'établissements ou services et/ou la mise à disposition de personnels éducatifs. Il en est de même pour les responsables de services attachés à certains conseils généraux.

Les établissements ou services pour des jeunes dont la prise en charge a été décidée en raison d'une déficience (situation de handicap), au titre de la protection de l'enfance (décision administrative ou judiciaire) ou de la protection judiciaire de la jeunesse emploient tous des personnels éducatifs, des psychologues et des personnels infirmiers et médicaux. *A priori*, ces jeunes devraient bénéficier d'un suivi tel que ces professionnels ne devraient pas avoir besoin d'un appui de la MdA. En réalité, la MdA constitue un lieu et un dispositif apprécié des professionnels par sa prise en charge en « milieu banalisé », permettant une ouverture sur l'extérieur. Les jeunes peuvent s'y rendre par eux-mêmes s'ils le veulent. Par sa structure en réseau, la MdA propose une prise en charge renforcée en soins qui dépasse les moyens dont disposent ces établissements et services. Ainsi de la capacité des MdA de rassembler plusieurs expertises afin d'établir un diagnostic et de proposer une prise en charge pour des jeunes en « situation complexe ».

Les missions locales

Les 450 missions locales réparties sur le territoire couvrent largement le champ d'action des MdA et s'adressent peu ou prou aux mêmes personnes ne serait-ce qu'en raison de la tranche d'âge. L'Union nationale des missions locales estime à plus d'un million le nombre de jeunes qui bénéficient chaque année de leurs services. Parmi ces jeunes pris en charge par les missions locales, beaucoup présentent une « vulnérabilité » qui impacte sur leur capacité à préparer l'avenir. Pour les missions locales, la MdA est un partenaire complétant ses interventions. Elle permet de renforcer le projet de vie du jeune dans son volet « santé et bien-être » favorisant ainsi son processus d'insertion sociale et professionnelle. Rien d'étonnant alors qu'elles soient devenues partenaires des MdA.

Ce partenariat se traduit dans les faits par des permanences de professionnels au sein des missions locales et institutionnellement par la participation de responsables de celles-ci aux comités de pilotage des MdA, souvent, au premier chef, pour avoir participé à l'élaboration du projet.

Ce partenariat est à double effet, un conseiller d'insertion de la

mission saisit la MdA d'un cas de jeune en difficulté alors que cette dernière enverra à la mission locale un adolescent ayant besoin d'un accompagnement pour son insertion socioprofessionnelle.

« Aujourd'hui, nous accueillons de plus en plus de jeunes en «mal-être». S'il n'y a pas de MdA, c'est compliqué. C'est une structure indispensable. D'une part, elle n'est pas stigmatisante, donc un jeune ira plus facilement que dans un CMP ou à l'hôpital et, d'autre part, la présence de différents professionnels issus du champ sanitaire et du champ social, permet d'appréhender le jeune dans sa globalité. Et je rajouterai que les délais pour être reçu sont très courts, ce qui nous arrange, compte tenu du flux que gère chaque conseiller d'insertion. » déclarait ainsi un responsable de mission locale interrogé par l'Igas pour son rapport 2013.

Ces pratiques d'échanges entre les deux structures participent à la réduction des délais de prise en charge dans les deux champs de compétence. Une convention entre les deux structures peut poser le cadre du travail en commun. Elle peut aussi spécifier des moyens comme l'échange de personnels pour des missions ponctuelles mais peut aussi servir de base à une action plus volontariste dans le cadre d'une prise en charge par une collectivité territoriale.

Ce fut le cas d'un programme « santé des jeunes » décidé et financé par un conseil régional qui fit appel aux deux structures pour sa mise en œuvre. La mission locale a ainsi financé 200 visites médicales assurées par les professionnels de la MdA. D'autre part, elle a salarié cinq jeunes en service civil pour qu'ils racontent dans les collèges les missions des MdA.

La « Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle » signée en mai 2006 par le ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, le ministère de la Santé et des Solidarités, le ministère Délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes et le Conseil national des missions locales se présente comme une réponse opérationnelle à « (...) une prise de conscience des différents acteurs du monde de la santé, de l'insertion professionnelle, de l'insertion sociale et familiale » et présente « (...) une stratégie de mise en réseau de tous les interlocuteurs visant à la fois l'insertion et le bien-être du jeune ».

Les points d'accueil de jeunes et des familles (PAEJ, ESJ, Pif...)

Les MdA et les Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) ont en commun le même public. Les formes de partenariat entre les deux

structures peuvent être multiples et intéressantes notamment en raison du maillage d'un territoire. En effet, les PAEJ sont présents dans certaines communes éloignées, par le biais d'antennes rurales. Ils sont parfois le seul lieu où les jeunes peuvent trouver des premières réponses. Dans certaines MdA, le PAEJ est intégré « dans les murs », le partenariat se traduisant généralement par la tenue de permanences en contrepartie desquelles le PAEJ participe au financement de la MdA. Les équipes des deux dispositifs peuvent élaborer des stratégies d'actions collectives ciblées en direction des adolescents (sensibilisation aux produits illicites, sexualité, violence...) et/ou en direction des parents. Par ailleurs, des jeunes en difficulté reçus par le PAEJ peuvent être orientés vers la MdA, facilitant ainsi leur parcours de prise en charge. Ces formes de partenariat sont très diverses, d'un département à un autre, y compris dans une même région.

Les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) sont issus d'initiatives des années 1990, quand des acteurs de terrain (associations de quartier, missions locales, intervenants en toxicomanie, etc.) ont senti la nécessité de créer des espaces où les jeunes dont ils s'occupaient puissent venir « poser leurs maux ». La « Consultation des jeunes » de 1995 confirme ce besoin de lieux d'écoute, à l'écart des parents et de l'école. Cela conduit à création de deux dispositifs : les Points d'Accueil pour les Jeunes (PAJ) pour les adolescents de 10 à 25 ans (circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 du ministère du Travail et des Affaires sociales) ; les Points Écoute pour les Jeunes (PEJ) et/ou Parents (circulaire n°097/280 du 10 avril 1997 du ministre de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration). Ces dispositifs d'accueil généraliste ont de fait reçu en majorité un public jeune mais avec des problématiques spécifiques (toxicomanie, errance, marginalisation...). Aussi, un repositionnement des dispositifs après une fusion de ceux-ci a été décidée et organisée par la Circulaire DGS/DGAS n°2002/145 du 12 mars 2002. Dans ces structures d'accueil, d'écoute et d'orientation pour les jeunes de 12 à 25 ans, l'accueil se fait sans rendez-vous, est gratuit et confidentiel. Les PAEJ sont destinés à tous les jeunes qui souhaitent une réponse ou un appui quand ils rencontrent des difficultés (relations conflictuelles avec l'entourage, mal-être, souffrance, dévalorisation, sentiment d'échec, difficultés scolaires...).

Les PAEJ sont souvent portés par des structures associatives, ils ont aussi vocation comme le précise la circulaire DGAS du 6 janvier 2005 qui prévoit un plan triennal (2005-2007) de création de 300 PAEJ « à inscrire systématiquement leur action dans un réseau, dont celui des Maisons des Adolescents, là où il existe, et dont ils peuvent constituer une expression avancée en direction de jeunes non pris en compte dans le contexte actuel ».

Les PAEJ peuvent être soutenus financièrement par de multiples financeurs tels l'État, les divers niveaux de collectivités territoriales, des organismes publics, notamment dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale, etc.

Les Espaces Santé Jeunes (ESJ) sont des types de structures déjà anciens qui ont vu le jour grâce aux appels à projets successifs (1997-1999-2002) de la Fondation de France dans le cadre de son programme « santé des jeunes ». Ils ont préfiguré les MdA mais, aujourd'hui, si leurs objectifs affichés sont très semblables à ceux d'une MdA, leur réalité est plus proche de celle d'un PAEJ (le territoire d'action de toutes les ESJ est, au plus, à la taille d'une commune ou de plusieurs communes en zone péri-urbaine). En outre, ils ne sont plus que 30 au total (y compris certains ESJ devenus MdA) ; un tiers de ces ESJ est situé dans le département des Hauts-de-Seine ; un quart dans le département des Bouches-du-Rhône.

D'ailleurs, dans ce dernier département, un Espace Santé Jeunes est devenu Maison des Adolescents 13 Nord en 2011. Afin de répondre aux besoins de santé des jeunes (santé entendue au sens de l'OMS « la santé est un état de bien-être complet, physique, mental et social »), un groupe de professionnels issus des Centres Médico-Psychologiques enfants/adolescents et adultes, de l'hôpital général, de la PMI, de la Mission Locale, de l'Éducation Nationale et de l'associatif avait créé en 1993 l'association Espaces Santé Jeunes (ESJ). Devant l'évolution sociale de la prise en charge et de l'accueil des adolescents... l'association Espaces Santé Jeunes qui fonctionne selon le cahier des charges des MDA depuis sa création a souhaité évoluer vers cette formalisation en sollicitant le label MDA (agrément accordé en mai 2009). »

(Rapport d'activité MDA 13 Nord)

Les Points Info Famille (Pif)

Créés en 2003, les Points Info famille (PIF) visent à soutenir les familles, en facilitant l'accès des parents à l'information, en simplifiant leurs démarches administratives et en les orientant si besoin est. Ils doivent articuler leurs interventions avec les différents services publics, les associations et autres prestataires qui peuvent intervenir dans le quotidien d'une famille. Localement ils peuvent être accueillis au sein des locaux d'une UDAF (Union départementale des associations familiales) où la permanence est assurée par au moins une personne qui a la charge à la fois de construire le réseau de partenaires, dans la proximité, et aussi d'accueillir et renseigner les parents (ou grands parents). Les MdA font partie des partenaires locaux actifs dans le domaine du soutien aux parents, comme constaté sur le terrain et souligné par l'Unaf (Union nationale des

associations familiales). Elles constituent un complément précieux aux interventions des Pif et des Maisons pour les familles. Les MdA ont su développer des projets communs et conduisent à renouveler le regard sur les questions de la parentalité.

Le Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des Parents (Réaap)

Les Maisons des Adolescents sont souvent adhérentes des Réaap. Les Réaap ont été créés par la circulaire DIF/DAS/DPM n° 99/153 du 9 mars 1999 et la charte qui l'accompagne.

Leur objectif est la mise en réseau d'actions visant à renforcer, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités, dans le respect et le soutien de chacun. Au-delà de susciter les occasions de rencontre et d'échanges entre les parents, les Réaap ont pour objectif de mettre à leur disposition des services et moyens leur permettant d'assumer pleinement, et en premier, leur rôle éducatif.

Nés en 1998 d'un partenariat entre l'État, la CNAF et le monde associatif, ces réseaux, dont sont membre les UDAF, ont pour but d'aider les parents dans l'exercice de leur fonction parentale, avec une double préoccupation, permettre le développement des relations entre les parents, faciliter l'accès à l'information et favoriser le contact avec des professionnels.

Ils sont présents et actifs dans la plupart des départements, et sont à l'origine de milliers d'actions pour la parentalité, de toute nature et de toutes dimensions (du groupe de parole réunissant une demi-douzaine de familles aux ateliers d'activité en touchant plusieurs centaines) mais qui visent toutes une participation active des parents et la constitution de réseaux de solidarité familiale.

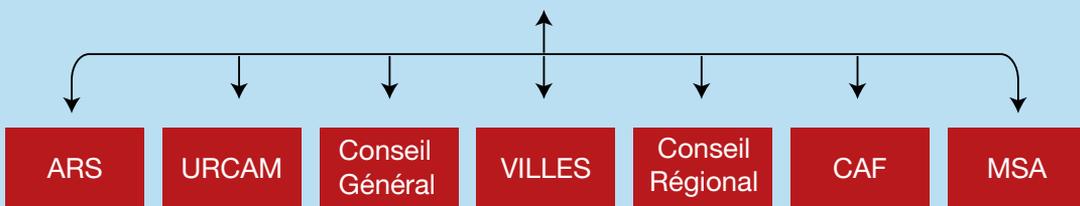
Ils sont, par ailleurs, un cadre de partenariat entre les différentes institutions et associations intervenant dans le champ de la parentalité, essentiel pour le développement de synergies et la mutualisation des pratiques, ainsi que des connaissances.

Les Réaap mobilisent les mouvements familiaux et les grands mouvements associatifs, au côté de représentants des organismes de sécurité sociale (CNAF, MSA) et des départements ministériels (Éducation nationale, Justice, Action sociale, Ville...), structurés au niveau national dans un comité national de pilotage présidé par le délégué interministériel à la famille. Les Réaap se sont mis en place dans les 100 départements, sous des formes diverses, qui sont le reflet des relations entre les acteurs départementaux du soutien à la parentalité dans chaque département.

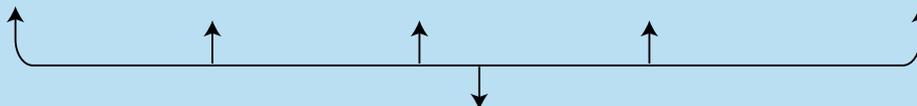
La MDA de Mayenne et ses partenaires

(exemple montrant les interactions au sein d'un réseau)

ANALYSE-DIAGNOSTIC DES BESOINS DU TERRITOIRE



INTERVENANTS



Prévention

Toutes les structures intervenant dans le champ de la prévention (conduites à risque, santé, maltraitance, délinquance, etc.), Centres de planification

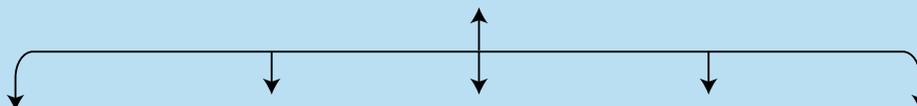
- Structures PJJ
- Structures ASE
- Réseau :
 - IREPS (codes)
 - REAAP
- Associations



Soin

Toutes les structures de soins organisées :

- Centre Hospitalier.
- CHS
- CH Laval
 - CMP
 - USA
- CMPP
- Médecine libérale
- Réseau existant
 - CCAAT
 - ANPAA



Vie quotidienne

- C.A.F
- M.S.A
- Maisons de quartier

Insertion

- Mission locale
- Maison de l'emploi
- Maisons familiales rurales
- Associations

Accès aux droits

- C.A.F.
- ADAVIP
- Défenseure des enfants
- UDAF

Hébergement

- Habitat jeunes
- Etablissements sanitaires et sociaux
- CHRS
- Les deux rives
- Association Félix Marchais

Loisirs

- Services municipaux
- Services départementaux
- Associations locales
- Jeunesse et sports



Conventions de création et de partenariat

La rédaction d'une convention, document juridique de l'ordre du contrat, aide à cadrer formellement les échanges, financiers ou non, entre les différents partenaires.

Dans le langage juridique commun, la convention et le contrat ne sont pas très différents. La convention est le grand ensemble dont les contrats sont un sous-ensemble. La convention est un accord de volontés, relativement large, qui ne porte pas forcément sur un objet précis et qui ne produira pas forcément d'effets juridiques à terme rapproché.

Une des particularités des Maisons des Adolescents réside dans l'utilisation de ces conventions pour structurer leurs réseaux.

Qu'elles soient signées au moment de la création de la maison ou plus tard, à l'occasion de la conclusion d'un nouveau partenariat, elles ont pour but de fixer le rôle de chacun des intervenants (pilotes du projet ou simple participants) et de préciser les montants de leurs interventions financières. Ces engagements ont pour finalité de pérenniser les engagements de chacun. Elles assurent l'avenir de la MDA concernée.

La Mda de la Loire, par exemple, a signé une convention de partenariat avec le CHU de Saint-Etienne

dans le but d'obtenir le versement de la dotation de l'Agence régionale de la Santé (ARS).

Elle a d'autre part, une convention de partenariat avec l'Inspection académique de la Loire pour la mise à disposition d'une assistante du service social Éducation nationale pour une demi-journée et d'une infirmière pour deux demi-journées. Jusque là, ils intervenaient à la MDA de Roanne sous ordre de mission de la part de l'Inspection académique de la Loire. Elle a par ailleurs des partenariats informels avec les membres de son comité de pilotage.

La Mda de Strasbourg a constitué le Groupement d'intérêt public qui est son gestionnaire à partir d'une convention signée par les co-fondateurs : l'État représenté par la direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse (DTPJJ) du Bas-Rhin, l'Éducation nationale, la ville de Strasbourg, la communauté urbaine de Strasbourg, le département du Bas-Rhin, les hôpitaux universitaires de Strasbourg, l'université de Strasbourg, l'association Thémis, l'association CIRDD et l'association Club des Jeunes l'Étage.

Le conventionnement associatif

Les conventions passées par ou avec des associations obéissent à des règles particulières: aujourd'hui, elles doivent justifier de l'utilisation des crédits qui leur sont alloués. Les conventions doivent donc prévoir les objets qui se déclineront derrière le subventionnement.

Elles doivent également satisfaire à un certain nombre de contrôles et de fournitures de pièces qui permettent de savoir si les fonds ont été correctement utilisés. Le conventionnement fait généralement appel à des conventions d'objectifs qui sont annuelles, et qui, pour le coup ne sont jamais reconductibles par tacite reconduction, puisque pour être reconduites, elles doivent satisfaire à l'ensemble des exigences de contrôle sur l'usage qui a été fait des fonds publics.

Ces conventions, enfin, sont très particulières: elles permettent de demander à l'association de reverser les fonds qui ont été indûment perçus, si les termes contractuels n'ont pas été satisfaits.

Comités de pilotage et de suivi

Le cahier des charges national (points 6 et 7) précise la nécessité de créer un comité de pilotage dans la phase d'élaboration du projet de MdA, puis de constituer un comité de suivi, dans la mise en œuvre.

Les termes de ce cahier des charges sont à la fois clairs et permettent des adaptations locales. Il indiquait d'abord que les acteurs principaux qui participent au projet de mise en place d'une maison des adolescents sont les professionnels de santé, de l'hôpital et de la ville, l'État : Santé, Action sociale, éducation nationale, Justice (procureur, protection judiciaire de la jeunesse) et l'Assurance Maladie ; les collectivités territoriales et le secteur associatif. Il était ensuite précisé : **comité de pilotage** (dans la phase d'élaboration du projet). Les acteurs principaux formalisent leurs apports et leurs engagements respectifs par voie de convention. Ils veillent à associer l'ensemble des professionnels concernés par l'adolescence, représentants d'institutions (culture, sport, police et gendarmerie, missions locales), du monde associatif et du secteur privé ... ; **comité de suivi** (après la mise en œuvre) : Les partenaires ayant conventionné en vue de la création d'une maison des adolescents ... peuvent s'adjoindre des représentants d'institutions et d'associations concernées par l'adolescence.

En général, l'expression « comité de pilotage » est demeurée après la création des MdA (et n'a donc pas été remplacée par « comité de suivi »).

Dans toutes les MdA, ces « comités de pilotage » se réunissent environ à un rythme trimestriel et rassemblent autour d'une même table les représentants des institutions ou organisations énumérées par le cahier des charges.

Cette organisation satisfait les responsables rencontrés. Elle est une garantie de la solidité des partenariats ; elle permet de résoudre les éventuelles difficultés ; elle permet de faire progresser des nouveaux projets. Le rôle des ARS, au travers leur délégation territoriale y apparaît essentiel, non seulement étant donné son rôle institutionnel, mais aussi parce que c'est l'ARS qui est le principal financeur dans chacune des MdA étudiées.

(Rapport Igas)

Le comité de suivi de la Maison des Adolescents de Savoie est composé des partenaires promoteurs du projet : ARS, CHS de la Savoie (directeur, directeur adjoint, département ado, antenne ado d'Alberville), CHG de Chambéry (fédération de pédiatrie, direction), conseil général de la Savoie (direction



de la vie sociale), Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de la Savoie, Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), Éducation nationale, association le Pélican, Maison des réseaux de Savoie.

Le comité de suivi règle les questions relatives au fonctionnement général de la Maison des Adolescents et veille au respect de la charte du réseau dans le cadre notamment des nouveaux projets initiés. Il favorise les échanges entre les différents partenaires. Le comité de pilotage de l'association Maison des Adolescents de la Loire est composé de : Centre Rimbaud de Roanne, Service de Pédopsychiatrie de l'hôpital de Roanne (Les Iris), Centre Médico-Psychopédagogique (CMPP) Emile Meyer de Roanne, Centre jeunesse P. Bérégovoy représentant la Ville de Roanne, ANEF (MECS et service de prévention spécialisée de Roanne), Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), ELLIPPS, Planning Familial 42,

Mission Générale d'Insertion (MGI) de Roanne, service jeunesse de la ville de Mably, Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte (ADSEA) 42, Mission locale du Roannais.

« L'absence de comité de pilotage, constitué dès la phase d'élaboration du projet, représente un handicap certain à sa concrétisation, de même que la non désignation d'un chef d'orchestre, par ce même comité, pour piloter le dossier le plus en amont possible. Nous préconisons parallèlement la désignation d'un comité de pilotage sur un mode fédératif (un représentant par institution) en charge de la mise au point définitive du projet. Nous préconisons aussi la désignation rapide d'un coordonnateur ou chef d'orchestre nommé dans la lettre d'intention si possible, qui sera pourvu d'une autorité fonctionnelle pour la mise au point définitive du projet et la préparation de l'ouverture. Son mandat pourrait être prolongé si le comité de pilotage et de suivi du projet le souhaite.

(Rapport Marc Buisson - Francis Salles)

L'évaluation

L'évaluation locale

L'évaluation peut être confiée à un organisme extérieur pour l'estimation du travail effectué. L'évaluation peut alors être une mesure de l'évolution des pratiques. C'est ce qu'a fait la MdA de Loire-Atlantique.

L'évaluation peut être une donnée chiffrée des interventions auprès des différents publics figurant dans le rapport d'activité, pièce maîtresse pour l'obtention de financements.

L'évaluation peut être d'ordre financier quand une association doit rendre compte des dotations qui lui ont été faites.

L'évaluation nationale

Les agences régionales de Santé (ARS), principales sources de financement des Maisons des Adolescents, fournissent une véritable évaluation des activités de celles-ci. À partir des rapports d'activité, elles renouvellent ou non les subventions de fonctionnement qui transitent par les établissements de santé.

Autres évaluations nationales, les différents rapports demandés à certaines instances effectuent des synthèses qui dressent un véritable tableau des activités des MdA.

Ainsi le dernier rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas) concernant les Maisons des Adolescents, établi par Fadéla Amara et Pierre Naves, date d'octobre 2013.

Ce rapport conclut à « l'efficacité des MdA pour répondre, avec des ressources financières modérées, aux problématiques posées par l'adolescence au sens large. Il propose l'extension du réseau de « maisons » pour couvrir de larges pans du territoire français où les jeunes et leurs parents ne trouvent pas de réponse à leurs besoins et où les professionnels sont désarmés pour répondre aux problèmes. Il suggère de redonner une nouvelle dynamique au dispositif articulé avec les PAEJ. Pour cela, il est demandé à l'État de pérenniser les ressources des MdA et aux pouvoirs publics d'apporter leur soutien aux partenariats qui se montent dans des dispositifs locaux complémentaires à l'action des MdA. »



FORMES JURIDIQUES DES MdA

L'organisation d'une MdA est influencée principalement par la nature de l'organisme qui la supporte et par les conditions locales qui ont présidé à sa naissance.

La forme juridique concrétise la volonté commune et reflète le dynamisme fédérateur des porteurs de projet.

MdA abritées

Sous l'intitulé générique de MdA abritées, on trouve toutes les Maisons des Adolescents qui, créées à l'instigation d'une structure, sont restées dans son giron, sans autre forme juridique que celle du porteur. Cela concerne principalement celles qui ont vu le jour grâce à des établissements de santé ou des collectivités territoriales. Ce qui représente à peu près la moitié des MdA qui existent déjà. Le statut des MdA abritées est donc celui des organismes porteurs dont elles font partie.

Il faut noter que nombre d'initiatives portées principalement par des centres hospitaliers ou des conseils généraux ont débouché sur la création de MdA qui ont adopté des statuts spécifiques (association, GIP, CGS...)

MdA abritée par un établissement public de santé

Les hôpitaux sont des établissements publics de santé. Ce sont des personnes morales de droit public dont le fonctionnement est régi par le code de la Santé publique (instances de direction, organisation en pôles, etc.) et qui possèdent l'autonomie financière. Ce sont donc des sujets de droits distincts de l'État. Ils sont généralement dirigés par un conseil d'administration et un directeur général. Un centre hospitalier peut développer un partenariat avec des bénévoles, des réseaux, un milieu associatif, d'autres hôpitaux, des collectivités... La diversité des collaborations est très grande et dépend de l'objectif poursuivi par l'établissement.

Par exemple, le Centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Savoie est le porteur juridique du projet de la Maison des Adolescents de Chambéry (créée en septembre 2008) qui est donc identifiée comme une unité fonctionnelle du CHS. Elle évolue dans le cadre d'un dispositif ville-hôpital, dénommé Réseau Ado'73 dont les membres constituent l'assemblée plénière des partenaires.

De même, la Maison des Adolescents du Finistère, appelée également le Rado (Réseau ados), est rattachée directement au pôle de psychiatrie du CHRU Morvan de Brest qui l'héberge (mais elle dispose d'une équipe mobile s'appuyant sur le réseau PAEJ) pendant que la MdA de Cornouaille, créée en 2012, est portée par l'établissement public de santé mentale (EPSM) Etienne Gourmelen à Quimper. La MdA de Cornouaille est hébergée dans des locaux indépendants, près de la gare.

Établissement public de santé mentale (EPSM), le

CESAME (Centre Santé Mentale Angevin) est le coordonnateur du projet de la MdA d'Angers, ouverte en septembre 2010) et son principal contributeur. À ce titre, il fournit les 100 m² de locaux au sein du Centre d'Accueil et de Soins Intersectoriel pour la prise en charge des Adolescents (CASIA). Il est soutenu principalement par le CHU d'Angers.

Dans l'Orne, c'est le Centre psychothérapeutique d'Alençon qui est le porteur du projet et la MdA 61 s'est déclinée, dès son installation, dans les villes d'Alençon, Argentan, Flers et L'Aigle. Le Centre hospitalier spécialisé est le financier principal de la Maison et de ses antennes.

Située en plein centre-ville, la MdA d'Amiens est portée par le CHU Amiens-Picardie en collaboration avec le conseil général de la Somme, la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), le centre hospitalier Philippe Pinel et l'Académie d'Amiens. La MdA d'Abbeville, quant à elle est issue d'un partenariat avec l'hôpital.

Bien que portée par un établissement public de santé qui lui fournit moyens et personnels et souvent l'héberge, une Maison des Adolescents peut être gérée par une association loi de 1901 où se retrouvent les principaux partenaires.

Celle du Loiret, inaugurée en février 2013, est gérée par Amara 45 (Association pour la Maison des Adolescents du Loiret et le Réseau 45 de l'Adolescence), une structure qui permet la coexistence avec partage de moyens des deux réseaux. Mais c'est une émanation du CHD Georges Daumézon, de l'AIDAPHI (Personnes Handicapées et Inadaptées) et de l'APLEAT (addictologie et toxicomanies) qui se sont regroupés pour créer la Maison des adolescents et re-créer le réseau de l'adolescence. Les locaux de

la Maison des adolescents appartiennent au CHR d'Orléans et sont situés au centre-ville. Tous les personnels sont détachés des organismes membres fondateurs.

La quasi-totalité des MdA, quel que soit leur statut, bénéficient dans leur comité de pilotage ou de suivi (les deux appellations étant très souvent confondues par commodité) d'un ou plusieurs établissements de santé, publics ou privés.

C'est le cas de la Maison des Adolescents du Calvados qui a été fondée par le CHS de Caen (Centre hospitalier spécialisé) et l'ACSEA (Association calvadosienne pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence). L'association a été ensuite rejointe par l'AAJB (Association des amis de Jean Bosco). C'est également ce qui se passe à a MdA de Roanne (42), constituée en association, mais qui possède le service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Roanne (Les Iris) et le Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) Emile Meyer dans son comité de pilotage.

En fonction de leur positionnement – plus ou moins près d'une orientation sanitaire, à l'opposé de certaines ayant choisi une orientation sociale plus axée sur la prévention – les soins plus lourds allant jusqu'à l'hospitalisation complète sont généralement confiés aux établissements référents ou porteurs de la MdA.

La MdA de Loire-Atlantique, exemple d'une maison à orientation sociale mettant ses priorités sur la prévention, l'information et la mise en réseau des intervenants locaux, s'est instituée en GIP et a choisi d'externaliser ses ressources de soins, il est vrai dans un treillage sanitaire très dense (comprenant, entre autres, quatre unités d'accueil spécifique dans des CHU et CHR). Le centre hospitalier et la ville de Saint-Nazaire a rejoint le groupement d'intérêt public suite à l'ouverture en 2010 de l'antenne de Saint-Nazaire/Pays de Retz.

D'autres ont sauté le pas et installé des hébergements thérapeutiques dans leurs propres murs (parfois à l'hôpital porteur même, dans les rares cas où la MdA n'est pas seulement « abritée » mais aussi « hébergée »).

Ainsi la Maison de Solenn (Paris 14e) dispose de 20 lits, celle de Reims, de 12 lits alors qu'à la MdA du Calvados, à Cairon, à la lisière des champs, le centre d'hébergement thérapeutique peut recevoir de 8 à 10 adolescents.

Les établissements hospitaliers qui abritent des Maisons des Adolescents peuvent être soutenus par des associations spécifiques

destinées à soutenir le développement des activités des MdA.

L'exemple le plus significatif est celui de l'association des amis de la maison de Solenn qui soutient la Maison des Adolescent de l'hôpital Cochin depuis son ouverture pour l'existence et le développement des ateliers culturels.

MdA abritée par un établissement privé de santé

Les établissements privés à but non lucratif ont un statut d'associations loi 1901 et sont gérés le plus souvent par des mutuelles, des organismes de sécurité sociale ou des fondations. La majorité des établissements privés à but non lucratif (565) participent, avec les hôpitaux publics, au service public hospitalier (PSPH).

Établissement de santé privé d'intérêt collectif, le centre hospitalier Dinan-Saint-Brieuc participe au service public hospitalier dans le domaine de la santé mentale. Il dépend de l'association de gestion du centre hospitalier et des institutions médico-sociales Saint-Jean de Dieu. C'est elle qui portait la MdA de Saint-Brieuc (22), mise en sommeil fin 2013, et en assurait les permanences avec l'aide de la PJJ et du conseil général.

Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif qui peuvent créer et gérer des établissements de santé sous la forme de l'association.

Même si certaines MdA, à l'instar de celle des Yvelines Sud avec l'institut Marcel Rivière de la MGEN, possèdent dans leurs structures (conseil d'administration, comité de pilotage...) des établissements mutualistes, la Maison des Adolescents du Rhône est la seule à être portée par une entité mutualiste. C'est un établissement géré par la Mutualité française du Rhône, adossé à la clinique mutualiste de Lyon.

Une MdA « abritée » est rarement « hébergée »

Le cahier des charges national des maisons des adolescents préconise que l'implantation géographique des Maisons des Adolescents soit choisie de façon à les rendre aisément accessibles aux populations adolescentes et que ces lieux soient clairement identifiés et individualisés afin de faciliter leur repérage. Il est aussi précisé

que ces centres d'accueil devront être expressément distingués des structures hospitalières, même porteuses du projet.

La MdA-53, portée par le centre hospitalier de Laval (Mayenne), s'est non seulement installée en plein centre-ville, dans une galerie marchande, mais pousse la singularité jusqu'à armer un camping-car pour en faire un lieu de consultation mobile. De même, de nombreuses MdA ont monté des équipes mobiles qui sillonnent le département de leur implantation.

En décembre 2011, « Sur les 84 maisons des adolescents existantes ou en instance d'ouverture, trois ont une implantation exclusivement hospitalière, deux une implantation mixte (hôpital et ville) et 79 une implantation extra-hospitalière. » indiquait le rapport DGCS/DGOS qui faisait le bilan du programme 2005-2010 de création de MdA.

Les maisons des adolescents offrent donc très généralement un accueil dans un lieu neutre, différencié de l'hôpital, facilitant ainsi leur accessibilité par le public de jeunes.

Une MdA peut être une émanation du conseil général

La MdA peut être un service que la collectivité territoriale départementale contrôle en régie directe au regard de ses prérogatives en matière de prévention en direction des adolescents. Le conseil général est donc le gestionnaire du projet dont il assume, à titre principal, le financement.

Dans le département du Val-de-Marne (94), le Schéma départemental de protection de l'enfance et de la jeunesse a porté la création d'une Maison de l'Adolescent. Les services de l'État et du Conseil général du Val-de-Marne se sont réunis en comité de pilotage pour y travailler. Le modèle val-de-marnais a été pensé dès ses origines non comme une structure

unique mais comme un dispositif articulé. Le choix du comité de pilotage a été de le mettre en place sur la base des PAEJ déjà existants. « Un seul toit pour cette maison (le pôle ressource), et plusieurs portes (les PAEJ) pour accueillir et accompagner les adolescents. » ***Le Pôle ressource est conçu pour que les professionnels et les associations puissent travailler ensemble au projet, développer leurs connaissances et s'enrichir mutuellement. Les deux niveaux, Pôle Ressource et PAEJ sont cofinancés par les deux copilotes (État et conseil général) conformément au cahier des charges MdA/PAEJ.***

Même quand le promoteur du réseau est le conseil général, il peut en confier la personnalité morale à un organisme gestionnaire, souvent un établissement de santé, pour, par exemple, faciliter l'obtention des aides conditionnées à l'existence d'un centre de soins. Le statut juridique du réseau de la Maison des Adolescents devient donc celui de l'organisme qui assure la gestion.

La Maison départementale des Adolescents de Dreux (28) est appuyée sur le réseau ADOS 28 dont les promoteurs sont le conseil général de l'Eure et Loir, l'État et la ville de Dreux qui ont confié la gestion de la MdA au Centre hospitalier général de la préfecture.

Le conseil général, même s'il assure la plus grande partie du financement de la MdA en tant que porteur principal à la création, peut choisir une autre forme juridique pour sa structure.

Ce fut le cas de la MdA de Loire-Atlantique, portée par le conseil général, pour laquelle a été choisi la forme de groupement d'intérêt public (GIP), déconcentrée et simplifiée. La régie directe avait été écartée car peu à même d'assurer les financements autres que celui de la collectivité territoriale. Le comité de pilotage avait aussi repoussé l'idée d'une association loi de 1901, elle aussi peu fédératrice à cause du risque de « gestion de fait » par le conseil général. Le conseil général de Loire-Atlantique reste néanmoins à la présidence du GIP



POUR EN SAVOIR PLUS

Cahier des charges des MdA

> www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CahierdeschargesMDA.pdf

créé avec les autres collectivités territoriales (Ville de Nantes, Communauté urbaine et conseil régional). Avec les partenaires du comité d'animation (institutionnels et associations). Il s'intègre parfaitement dans le schéma départemental Enfance Jeunes-Famille...

De même, la MdA du Gard, bien que portée financièrement et principalement par les collectivités territoriales (conseils général et régional) s'est constituée en 2009 sous le statut d'association loi de 1901.

Les autres collectivités territoriales (communes et intercommunalités essentiellement), si elles interviennent souvent dans le soutien des MdA, limitent généralement leur aide à un soutien financier.

Tout en étant soutenue par le conseil général dont elle dépendrait, la Maison des Adolescents peut se présenter sous la forme d'une association loi de 1901 avec organisme porteur (un établissement de santé par exemple) ou non. Dans le même cadre de dépendance vis-à-vis du conseil général, la MdA peut aussi adopter la forme d'un Groupement de coopération médico-sociale ou de GIP à gestion déconcentrée (*voir ci-dessus*). Ce dernier dispositif a été mis en place par le ministre Jean-Louis Borloo pour les parcours de réussite éducative mais le périmètre de ceux qui pouvaient en bénéficier a été étendu et son adoption permise aux MdA. Le GIP est facile à mettre en œuvre sous la responsabilité du préfet et permet la pérennisation des divers financements et donc de la structure, tout en impliquant bien l'ensemble des partenaires du réseau. Le président en est, dans ce cas, le président du conseil général ou son représentant.

Toutes ces formules de gestion existent de manière autonome et sont détaillées dans les pages suivantes.

Association loi de 1901

Une association Loi de 1901 est autonome de droit et de fait, elle accueille des personnes publiques et privées rassemblées pour travailler à la réalisation d'une mission reconnue d'intérêt général. La vie associative est organisée autour de deux organes directeurs, le conseil d'administration et le bureau. Les statuts de l'association garantissent une véritable autonomie de droit et de fait à l'égard des personnes publiques assurant le financement. Il y a pourtant le risque de la gestion de fait quand elle est principalement dépendante d'une institution (conseil général ou hôpital par exemple). L'association peut être unique ou constituée du rassemblement de plusieurs autres.

Une forme de contrat modulable et flexible

Modulable car ses membres sont libres de s'organiser comme ils le souhaitent. À deux conditions toutefois, que le but de l'association soit licite et qu'il n'ait pas de finalité lucrative.

La forme de l'association autorise des formules de partenariat qui correspondent à l'esprit des MdA dont la diversité fait la richesse. Elle permet de tenir compte aisément des ressources locales disponibles au moment de la création de la maison et de l'investissement attendu des partenaires éventuels. Elle n'enferme pas ses adhérents dans un moule et peut évoluer à tout moment sur décision de l'assemblée générale sans entamer de procédures lourdes. Elle permet aussi la signature de conventions qui confortent l'engagement des partenaires sollicités.

Ainsi, en région parisienne ou dans les grandes agglomérations, là où le tissu associatif est dense et composé de plusieurs dizaines, voire plusieurs centaines d'organisations par département dans le domaine médico-social, certaines MdA ont choisi cette forme juridique afin de constituer des réseaux évolutifs. La MdA 92 par exemple, s'est tournée vers une structure extrêmement réduite afin de privilégier son rôle d'animateur de réseaux. La mission d'accueil étant confié aux nombreux Centre d'accueil et de soins pour adolescents (Casa), Espaces santé

jeunes (ESJ) et Point accueil écoute jeunes (PAEJ) des Hauts-de-Seine, liés par des conventions avec la MdA. La structure souple de l'association Loi de 1901 autorise toutes les interactions et permet à la maison de réunir « 40 personnes morales dont huit communes et trois hopitaux psy... et 80 personnes physiques pour la plupart représentants d'associations. »

Flexible car son assemblée générale peut décider et faire voter toute modification du statut en respectant toujours les conditions énoncées ci-dessus.

Ses membres sont des personnes physiques ou morales. Dans le cas d'une évolution voulue ou subie de la MdA, le passage à une autre forme juridique est simple. Les apports de biens en nature ou en espèces sont temporaires puisqu'ils peuvent être repris lors de la dissolution.

La MdA de Gonesse s'était ainsi constituée en association dédiée. Les difficultés à trouver des financements structurés l'ont mené à la dissolution. Une épreuve pour les membres de la MdA mais sur le plan administratif, une manœuvre peu coûteuse. Si bien que la structure fermée un an est revenue dans ses anciens locaux, face au McDonald's de Gonesse. La Maison des Adolescents de l'Est du Val d'Oise est maintenant intégrée comme service de l'hôpital dans le Pôle de psychiatrie infanto-juvénile/CAMSP du centre hospitalier de Gonesse et fait partie du dispositif Adolescent du secteur.

L'association Loi de 1901 en résumé

Objet de la structure	Libre si licite et non lucratif
Durée	Limitée ou illimitée selon statuts
Dénomination	Libre (sauf Fondation)
Statuts types	Non (sauf RUP*)
Constitution	1 ou 2 mois selon préfecture
Personnalité morale	Acquisition dès parution au JO
Capacité	Bénéficie de toute ressource
.....	y compris dons manuels
.....	Pas de dons et legs testamentaires sauf RUP*
Dotation publiques**	Non, sauf RUP*
Subventions publiques**	Oui
Dons et legs	Non, sauf RUP*
Dons manuels	Oui
Produits du patrimoine	Oui
Produits des activités	Oui
Nombre de membres	Au moins deux
Qualité des membres	Personnes physiques ou morales
Admission, retrait...	Selon statuts
Direction	Déterminé par les statuts sauf RUP*
.....	Personnes physiques ou morales
Durée du mandat	Déterminé par les statuts
Rémunération	Possible
Assemblée générale :	Composée de tous les membres,
.....	organe souverain. Compétences, quorum,
.....	majorité selon statuts.
.....	Possibilité de créer tout organe de gestion
Commissaire aux comptes	Non sauf si dons importants
.....	(RUP*, plus de 150 000 euros) ou activité
.....	économique importante
Gestion de fait	Si financement majoritaire par collectivité
.....	publique, contrôle des organes par celle-ci.
Dissolution Liquidation	Fin, extinction du projet, décision de l'AG,
.....	causes statutaires...
Dévolution des actifs	Statutaire ou décision en AG
Fiscalité Impôts commerciaux	Non assujettie aux impôts et à la TVA
.....	si respect des critères
Mécénat	Éligible au mécénat d'entreprise ou particulier
Revenus du patrimoine	Impôts à taux réduit sauf exception
Règlement intérieur	Selon statuts

* RUP = Reconnue d'utilité publique ** La dotation, à la différence de la subvention n'a pas d'affectation précise

Associations dépendantes

De nombreuses associations sont portées par des établissements de santé. Au-delà de l'aide évidente qu'un hôpital peut apporter au niveau du soin, c'est aussi la passage quasi-obligé pour obtenir une subvention de l'ARS qui entre dans le budget de la plupart des Mda comme contributeur principal et essentiel.

La Maison des Adolescents et des Jeunes Adultes de

la Charente-Maritime, créée en 2009, entre dans ce schéma. Son financement est constitué principalement des « dotations versées aux membres par l'Agence régionale de santé. Elles sont à destination effective de l'association sous forme de mise à disposition de personnel ou d'un versement de budget de fonctionnement par voie de convention. » Son contributeur principal est le groupe hospitalier de La Rochelle, Ré, Aunis.

Groupement d'intérêt public (GIP)

Le groupement d'intérêt public est souvent perçu par les MdA comme une solution intermédiaire et prometteuse entre l'association et le groupement de coopération.

Depuis la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, le Groupement d'intérêt public (GIP), n'étant plus limité en durée, permet d'inscrire dans la continuité le regroupement de partenaires très divers, publics (établissements de santé, collectivités territoriales, État...) ou privés (associations, établissements médico-sociaux...). Ce qui a pour conséquence l'établissement de financements stables. La création de GIP n'était jusqu'alors possible, sur le fondement de la loi qui l'avait autorisée, que dans un domaine défini et pour la poursuite de buts déterminés.

La seule limite fixée par la loi du 17 mai 2011 est que les GIP doivent poursuivre des activités d'intérêt général à but non lucratif. S'il faut au moins une personne publique pour constituer un GIP, en revanche les personnes physiques (médecin libéral par exemple) ne peuvent pas y participer.

Pour le rapport Igas de 2013, parmi les « formes juridiques de MdA... possibles, le GIP apparaît comme la plus prometteuse car il permet un regroupement pérenne de partenaires, publics et privés, et assure un renforcement et une stabilité des financements. »

Mais en matière de création de maisons, bien qu'elle soit soutenue par de nombreux intervenants, cette forme de structure juridique n'a pas encore rencontré le succès escompté.

Sans compter la MdA de Loire-Atlantique dont nous avons parlé plus haut, deux autres maisons ont aussi adopté la forme juridique du Groupement d'intérêt public.

La MdA 68 a ainsi réuni le conseil général du Haut-Rhin, le centre hospitalier de Rouffach, la ville de Mulhouse, son centre hospitalier, les hôpitaux civils de Colmar, l'État, l'Éducation Nationale, les tribunaux de grande instance de Mulhouse et de Colmar et la

Protection judiciaire de la Jeunesse, dans son GIP. Des partenaires qui font que la MdA du Haut-Rhin est agréée Réseau de Santé publique par l'ARS qui reste, par ailleurs, son principal financeur.

À Strasbourg, pour constituer le Groupement d'intérêt public gestionnaire de la MdA 67, on a également fait appel aux représentations de l'État et des collectivités territoriales (la communauté urbaine et l'Université en plus) mais aussi à des associations (Thémis, CIRDD et Club des Jeunes l'Étage).

Le Groupement d'intérêt Public (GIP) en résumé

<i>Objet de la structure</i>	Intérêt général à but non lucratif
<i>Durée</i>	Limitée et renouvelée selon Convention
<i>Dénomination</i>	Libre
<i>Statuts types</i>	Non
<i>Constitution</i>	À publication au JO
<i>Personnalité morale</i>	À publication de la décision ministérielle d'approbation de la convention constitutive
<i>Capacité</i>	Contributions des membres, mise à dispositions de moyens matériels et humains
<i>Subventions publiques</i>	Oui
<i>Dons et legs</i>	Oui
<i>Produits du patrimoine</i>	Oui
<i>Produits des activités</i>	Oui
<i>Nombre de membres</i>	Selon convention constitutive
<i>Qualité des membres</i>	Personnes morales de droit privé et public
<i>Admission, retrait...</i>	Selon convention constitutive
<i>Direction</i>	Déterminé par la convention, un directeur sous l'autorité de l'assemblée générale ou du Conseil d'administration
<i>Durée du mandat</i>	Selon convention
<i>Rémunération</i>	Oui
<i>Assemblée générale :</i>	L'assemblée générale du GIP est composée de l'ensemble des membres. Les personnes morales de droit public et les personnes morales de droit privé chargées d'une mission de service public doivent détenir plus de la moitié des voix délibérantes
<i>Commissaire aux comptes</i>	Les GIP sont soumis, conformément à l'article 115 de la loi SAQD, au contrôle de la Cour des comptes ou des Chambres régionales des comptes
<i>Dissolution - Liquidation</i>	Décision de l'AG, décision de l'autorité administrative qui a approuvé la convention constitutive, notamment en cas d'extinction de l'objet.
<i>Dévolution des actifs</i>	Conformément aux décisions prises en AG.
<i>Fiscalité Impôts commerciaux</i>	Comptabilité de droit privé sauf choix de la convention ou GIP exclusivement composé de personnes morales de droit public.
<i>Mécénat</i>	Oui
<i>Règlement intérieur</i>	Selon convention



POUR EN SAVOIR PLUS

sur le GIP simplifié, loi de simplification du Droit du 17 mai 2011, articles 98 à 122

> www.economie.gouv.fr/daj/gip

Autres structures

D'autres structures ont été porteuse des MdA ou peuvent être adoptées par des maisons en création.

GCS Groupement de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) est un outil privilégié des coopérations entre public et privé. Il peut être « de moyens » ou « établissement de santé ». Comme pour la plupart des autres structures de MdA, elle peut être antérieure à la création de la maison, celle-ci adoptant le statut de l'organisme porteur. Dans la pratique, un GCS peut donc être à l'origine de la création d'une MdA.

C'est le cas de la Maison des Adolescents Yvelines Sud (MDAYS), créée en 2009, qui appartient au groupement préconstitué et porteur du projet, le Réseau de promotion pour la santé mentale Yvelines Sud (RPSM 78). La convention constitutive de ce GCS, créé en octobre 2006, s'appuie sur un fort réseau de santé datant de 1999, composé, entre autres, du centre hospitalier André Mignot de Versailles, de l'établissement public de santé Charcot, de l'Institut Marcel Rivière, établissement mutualiste (MGEN) spécialisé en santé mentale... Ce dernier a d'ailleurs détaché une psychologue clinicienne pour coordonner le réseau partenariat de la MdA dont le financement par l'ARS transite aussi par l'Institut. Par la signature de convention avec des organismes du réseau, la maison est hébergée, à ses deux adresses de Trappes et de Versailles, par l'Institut de Promotion de la Santé (IPS) et par le Centre médico-psychologique (CMP) Maison Despagne.

GCS de moyens et GCS-établissement de santé

Le GCS de moyens est la forme de droit commun. Il permet de mutualiser des moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non, des équipements (imagerie, plateaux techniques,...), des moyens immobiliers, fonciers ou encore des systèmes d'information. Cette mise en commun de moyens peut également concerner les fonctions administrative, logistique, technique ou médico-technique, ainsi que l'ensemble des moyens nécessaires aux soins ou encore les activités d'enseignement et de recherche.

Certains GCS, extrêmement aboutis et intégrés, peuvent être érigés en établissements de santé. Les GCS titulaires d'autorisations d'activités de soins de droit privé sont érigés en établissements de santé privés, les GCS de droit public sont érigés en établissements publics de santé. Ils appliquent à ce titre les mêmes droits et obligations que tout établissement de santé.

Enfin, il faut mentionner la possibilité pour un réseau de santé de se constituer sur le support juridique d'un GCS. Dans cette hypothèse, le GCS-réseau de santé fonctionne comme le GCS de moyens mais a pour membres ceux des réseaux de santé.

GCSMS Groupement de coopération sociale et médico-sociale



POUR EN SAVOIR PLUS

sur le Groupement de coopération sociale (GCS)

> www.sante.gouv.fr/le-groupement-de-cooperation-sanitaire.html

sur le Groupement de coopération sociale et médico-social (GCSMS)

> www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2009/05_mai_2009/Le_GCSMS.pdf

Le Groupement de coopération en résumé

	GCS, Groupement de coopération sanitaire	GCSMS, Groupement de coopération sociale et médico-sociale
Objet	Mutualisation des interventions des professionnels et des moyens des établissements de santé publics et privés	
Durée	Illimitée sauf convention	
Dénomination	Libre, choix de la convention	
Constitutionn	Personnes morales à but non lucratif dès publication de l'acte d'approbation par le préfet. La nature juridique est déterminée en fonction des membres qui les constituent : groupement de droit public si leurs membres sont des organismes de droit public, groupement de droit privé s'ils relèvent du droit privé. Le groupement constitué de personnes morales de droit public et de droit privé choisira son statut.	
	Si le GCS n'est pas un établissement de santé, il peut toutefois être autorisé par le directeur régional de l'hospitalisation à en exercer les missions (art. L.6133 du CSP).	Le GCSMS peut être autorisé à exercer directement les missions et les prestations des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (art. L.312-1 du CASF) et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation, après accord de l'autorité l'ayant délivrée.

Le GCSMS est doté de la personnalité morale et poursuit un but non lucratif. Il est de droit public lorsqu'il est exclusivement composé de personnes morales de droit public. Il est de droit privé lorsqu'il ne comporte que des membres de droit privé. Dans les autres cas, le GCSMS pourra choisir sa nature juridique. Ce choix sera déterminant pour le statut des personnels, des règles budgétaires et comptables applicables, ou encore sur la fiscalité du groupement.

S'il ne diffère que peu du GCS en ce qui concerne ses buts et sa constitution, l'art. L.312-1 du CASF accorde au GCSMS une capacité d'intervention plus étendue.

Tout comme le groupement d'intérêt économique (GIE) ou le groupement d'intérêt public (GIP), le GCSMS peut permettre d'exercer ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale ou médico-sociale ; de créer et de gérer des équipements ou des services d'intérêt commun ; de faciliter ou d'encourager les actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de l'activité de leurs membres et de la qualité de leurs prestations, notamment par le développement et la diffusion de procédures, de références ou de recommandations de bonnes pratiques, en lien avec les travaux de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (Anesm) ; de définir ou proposer des actions de formation à destination des personnels et de leurs membres.

Les missions spécifiques des GCSMS

L'article L. 312-7 du CASF prévoit que le GCSMS peut permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention. Il peut être autorisé, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée. Il peut être chargé de procéder à des regroupements ou à des fusions.

Nota : la particularité du GCSMS réside dans la possibilité d'être titulaire de l'autorisation et d'exercer directement la prise en charge en lieu et place de l'un ou de plusieurs établissements ou services y adhérant.



Financement des MdA

Les financements en investissement (via DGCS) et de fonctionnement (Ondam sous directive DGOS) ont eu un incontestable effet dans la multiplication des MDA. Une incitation renforcée par les aides à l'investissement des organismes sociaux (CAF, CPAM...) et de la fondation HP-HF et par l'intervention des collectivités locales et régionales ou d'institutionnels. Le problème actuel – qui peut être un frein au développement du mouvement – est l'incertitude sur la pérennisation des aides directes ou indirectes. Le mode de financement de la MDA constitue le préalable à lever. Il faut en effet trouver des formules de partenariat (avec l'État, les conseils généraux ou régionaux, les villes ou autres...) dans lesquelles chacun contribue au travail commun par des apports différents suivant son statut et ses compétences réglementaires. Un tel projet doit, à l'évidence, reposer sur le partenariat et sur plusieurs sources de financement. (Rapport Igas 2013)

Les aides publiques

Les Maisons des Adolescents nées dans le cadre du programme national de création de 2005, ont bénéficié d'aides publiques prévues en marge du cahier des charges.

Le rôle des ARS

Ce sont les ARS (Agence régionale de santé) qui ont assuré les financements principaux.

Une agence régionale de santé (ARS) est un établissement public administratif de l'État français chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans le cadre de la région. Créées le 1^{er} avril 2010, les ARS sont régies par le titre III du livre IV de la première partie du code de la Santé publique. Elles sont financées par une subvention de l'État, des contributions de l'Assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que, éventuellement, des ressources propres et des versements volontaires de collectivités locales ou d'établissements publics. Ces agences, créés par la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), ont pour but « d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système ».

Les Agences régionales de santé ont ainsi affecté 156 000 euros (subvention reconductible) en aide au fonctionnement dans le cadre de l'Ondam (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) et une aide de 52 000 euros à un réseau de soins auquel une MDA peut être adossée, accordé jusqu'en 2012 dans le cadre du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, devenu FIR, Fonds d'intervention régional en 2012).

L'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 crée un Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) dont l'objet est l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé. Le FIQCS peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé



pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire. Le FIQCS est opérationnel depuis le 1^{er} juillet 2007, par application du décret n°2007-973 du 15 mai 2007 paru au Journal officiel du 16 mai 2007. Les crédits régionaux du FIQCS ont été transférés, à compter du 1^{er} mars 2012, dans le Fonds d'intervention régional (FIR) géré par les agences régionales de santé (ARS) et créé par l'article 65 de la loi de finance de la Sécurité sociale pour 2012. Les ressources du FIQCS sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale.

Une aide au démarrage pour l'investissement nécessaire dans des locaux adaptés a aussi été apportée au cours du premier plan entre 2005 et 2010 (total des financements apportés : 12 644 812 euros). A ces aides « systématiques » et destinées contractuellement aux MDA, se sont éventuellement ajoutés des crédits accordés préalablement à un PAEJ dont les missions avaient été reprises par la MDA nouvellement constituée, des crédits destinés à des actions dans le cadre de la politique de la ville, des apports en personnels mis à disposition par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), l'Éducation nationale (EN), MLJ, EPE, CG, CSAPA, etc., sans oublier des apports non négligeables de centres hospitaliers partenaires.

Un exemple de financement

En illustration de la « complexité » des financements des MDA, relevons la façon dont la convention cadre de coopération de 2006 a mené à la création de PassAge à Cergy-Pontoise (Val-d'Oise) et à la sécurisation de ses moyens de fonctionnement.

« La responsabilité générale de l'organisation et du fonctionnement de PassAge est confiée au centre hospitalier René Dubos, qui l'assume dans le cadre et dans la limite de ses conventions avec ses partenaires, en particulier avec le Centre médical et pédagogique Jacques Arnaud au plan de la responsabilité médicale. »

La participation de l'État a consisté à co-financer, conjointement avec la région Île-de-France, le département du Val-d'Oise et la communauté d'agglomération de Cergy-Pontoise. C'est cette dernière qui a assuré les travaux d'aménagement des locaux mis à disposition de la MDA et se charge de l'entretien et de l'équipement grâce à des subventions versées à cet effet au centre hospitalier René Dubos.

Quant à lui, le centre hospitalier rémunère une équipe de professionnels issus de son sein et de la Fondation Santé des Etudiants de France (Bouffémont). Il équipe en matériel PassAge grâce à des aides fournies par la fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France et la communauté d'agglomérations. À cette circulation de financements s'ajoutent ceux (matériels ou en personnel) d'établissements d'enseignement (Université de Cergy-Pontoise, Inspection d'académie-Dasen, conférence des établissements d'enseignement supérieur de Cergy-Pontoise) sans oublier le Crous. Et, de manière plus indirecte, ceux provenant de l'inscription de PassAge dans les réseaux locaux et départementaux déjà formalisés concernant les adolescents, pour tout ou partie de leurs activités, notamment le réseau local de la Politique de la Ville.

Ressources additionnelles

D'autres sources de financement (parfois non reconductibles) sont apportées par des collectivités territoriales et/ou des fondations. Elles complètent les budgets des MDA.

Le développement des MDA nécessite un financement de base élargi pour garantir le cœur de mission, assuré par l'ARS, le conseil général, les communautés de communes, d'agglomérations urbaines ou les métropoles et des financements additionnels pour développer des actions, assurés par les mêmes financeurs et d'autres organismes selon les projets.

Entre 2005 et 2013, la croissance rapide du nombre de MDA s'explique par les crédits fléchés du programme d'aide à la création alliés à la pertinence du cahier des charges et au soutien des

administrations centrales (DGCS-DGOS-DGS). Le rôle des ARS est désormais prépondérant et celles-ci doivent le remplir effectivement (rapport Igas 2013)

Apports des établissements de santé

Les 156 000 euros donnés par les ARS, relevant, par construction budgétaire, de l'Ondam hospitalier, ne peuvent pas être versés directement à une MDA, sauf si celle-ci est une émanation juridique d'un établissement de santé. Même si cette subvention (ou sa traduction en personnel détaché) ne représente pas un enjeu financier important pour un centre hospitalier si l'on compare les budgets, elle n'est pourtant pas assurée automatiquement aux MDA.

Les apports des établissements de santé ou transitant par des établissements de santé peuvent aussi se matérialiser dans des locaux, du matériel logistique ou l'hébergement d'un site internet! Ils peuvent aussi et surtout se concrétiser par l'affectation d'une dotation MIG (Mission d'intérêt général) correspondant à une des activités de la MDA.



Les aides des fondations

Deux fondations ont particulièrement soutenu les MDA : la Fondation de France et la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France.

La première, La Fondation de France a développé, depuis les années 1990, un axe d'intervention, en France, dans le domaine de la santé. Ses financements sont accordés, après appel à projets sur des thèmes bien précis, originaux, déterminés par des comités d'experts et renouvelés progressivement chaque année. Ainsi, par exemple, celui portant sur les « Maladies psychiques et vie sociale » qui précisait : « projets innovants qui s'appuient concrètement sur un travail d'accompagnement concerté entre le médical, le social et le médico-social. Ceux-ci associent autant que possible les usagers et leur famille ». Ces dernières années, plusieurs des thèmes choisis ont permis à des MDA de bénéficier de financements additionnels pour des actions spécifiques et une durée limitée (en général trois ans).

À un autre niveau par son ampleur, la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France a fait partie des pionniers en ce qui concerne

le soutien à la création de MDA. Ce qui entre parfaitement dans son objet social, défini lors de sa création en 1989. Son « programme Adolescents » a ainsi permis de subventionner plus de 50 MDA depuis 2004, pour un montant total d'environ 8 millions d'euros (hors Maison de Solenn à Paris 15^e). Ses aides au démarrage des MDA atteignent ainsi un montant comparable à celui apporté par l'État. D'ailleurs, une convention avait été signée en mai 2005 entre le ministre des Solidarités et de la Famille et la présidente de cette fondation.

Il faut signaler le recours possible à d'autres fondations qui œuvrent aussi dans ce domaine. Ainsi de la Fondation Jean-Marie Bruneau, abritée par la Fondation de France, qui se consacre au soutien de « projets concernant des actions sociales utiles à la société ».

L'intervention de ces fondations, même si l'on ne prend pas en compte leur soutien financier, a permis de donner une visibilité aux besoins des MDA tout en confortant le concept. Quelle que soit l'importance des subventions, différente selon les fondations, elles produisent un effet de levier pour celles qui en bénéficient.

Contributions des collectivités locales

Nombre de collectivités territoriales (commune, intercommunalité, conseil général, conseil régional) sont partie prenante dans l'organisation des MDA ou dans leurs comités de pilotage. Elles apportent à leurs activités des contributions financières ou humaines à la hauteur de leurs implications qui varient d'un département à l'autre. Parfois même, c'est de là qu'est venue l'impulsion et la dynamique de création et de développement de la MDA.

Ainsi en Loire-Atlantique, le conseil général et les communes de Nantes, puis de Saint Nazaire et leur intercommunalité ont porté la création de la MDA et l'ont intégrée dans leurs politiques « jeunesse, santé et ville ».

Il n'est donc pas surprenant que ces collectivités apportent près de 40 % des ressources de la MDA.

De même, dans le Doubs, un partenariat pérenne se perpétue depuis la création de la Maison de l'Adolescent et du réseau RésAdos (en mars 2006), avec le conseil général qui apporte sa contribution financière.

La prise en compte des MDA dans la politique de la ville

Les contrats locaux de santé (CLS) et la mise en place d'Ateliers santé-ville (ASV) ont apporté une autre dimension à la politique de la ville en direction de groupes à risques, et particulièrement envers les jeunes.

Le cahier des charges comprend un paragraphe consacré à l'intégration des Maisons des Adolescents dans cette politique de la ville.

Ainsi Res'Ado Haut Doubs, réseau partenaire de la Maison des Adolescents de Besançon bénéficie d'une subvention dans le cadre d'un contrat local de santé.

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) mentionnent également les MDA comme des éléments de leur dispositif.

Plus explicite encore, les contrats locaux de santé signés en 2013 dans les Deux-Sèvres entre le conseil général, l'ARS et des syndicats mixtes, indique « la santé des jeunes à travers l'ancrage territorial de la Maison des Adolescents sur le territoire » comme l'un de ses axes d'action en territoire rural.

De même, des crédits CUCS (contrats urbains de cohésion sociale) permettent que des actions soient développées dans des quartiers relevant de la politique de la ville.

Les réseaux de santé

Certaines maisons des adolescents participent à un réseau de santé financé par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (art L et D 6321-1 et s. du code de la Santé publique) et, à ce titre, bénéficient d'un demi-poste de coordonnateur.

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'État, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie... »

i POUR EN SAVOIR PLUS

sur les réseaux de santé

- > Selon le code de la Santé publique, les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations.
- > Le réseau peut donc avoir une personnalité morale. Seuls les réseaux ayant un statut juridique sont aptes à recevoir des subventions de l'État.

Financement indirect

Une des forces des MDA est leur capacité à fédérer et à animer des réseaux de partenaires très diversifiés et couvrant tous les aspects de la problématique « adolescent ». Cette modularité leur procure, entre autres bénéfices, un appui non négligeable au niveau des dépenses de fonctionnement qui peut se traduire par des aides indirectes en mise à disposition de personnels ou/et de matériels...

Mise à disposition de personnel

Selon l'importance des MDA et l'orientation de leurs politiques, les intervenants sont au nombre de 9 à 35 (soit en équivalent temps plein, 5 à 18 ETP). Ces effectifs, hormis la direction et généralement le secrétariat, sont composés de professionnels détachés par leurs institutions respectives ou intervenant à la vacation en fonction des partenariats conclus. L'équipe, construite sous la responsabilité du comité de pilotage, comprend principalement les représentants des constituants de la MDA auxquels, en fonction des besoins et des moyens et de l'évolution de la structure, viennent s'agréger d'autres intervenants.

Ainsi, de l'une à l'autre, on trouvera des personnels détachés des établissements de Santé, de l'Éducation nationale, de la Protection juridique de la Jeunesse, des différentes collectivités territoriales, d'association de parents, du planning familial, de la mission locale ou des spécialistes médicaux et autres... sans que cette liste soit exhaustive, les uns pouvant cohabiter avec les autres en fonction des missions que la MDA s'est données.

Ainsi dans le Doubs, de nombreux partenariats pérennes existent depuis la création de la Maison de l'Adolescent et du réseau RésAdos (en mars 2006), notamment avec les collectivités territoriales (conseil général et ville de Besançon) et les institutions qui mettent à disposition du personnel, comme l'Inspection académique, la Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse (DDPJ), les avocats d'enfants du barreau...qui viennent compléter l'équipe pluridisciplinaire fournie par l'hôpital de Besançon qui abrite la MDA.

De même, la Maison des Adolescents du Calvados (Passado 14), par convention avec le conseil général,

se voit attribuer une subvention pour du personnel (quatre), renouvelable pas tacite reconduction. Elle est d'autre part attributaire de fonds qui transitent par l'Association calvadosienne pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (Acsea) qui lui détache une équipe de salariés et d'autres, fournis par l'Association des amis de Jean Bosco.

La rémunération des personnels

Sauf stipulation particulière dans les conventions, dans les Maisons des Adolescents, la rémunération des personnels s'effectue en fonction des formes juridiques adoptées.

- Dans les MDA abritées, s'agissant d'un service de l'organisme porteur, le personnel est payé directement par celui-ci en fonction des statuts des individus.
- Dans les associations, le personnel mis à disposition continue à être rémunéré par son établissement d'origine. Le personnel propre à l'association est payé sur les deniers de celle-ci, alimentés par les membres.
- Dans un GIP, le personnel est, soit payé par le groupement et, dans ce cas, les sommes sont refacturées aux membres, soit payé directement par les organismes de détachement.
- Dans un GCS, chaque établissement paie ses personnels détachés et effectue une facturation au groupement.

Mise à disposition de lieux, matériels ou services

Les institutions et organismes parties prenantes s'engagent généralement à l'occasion de la signature de la convention constitutive de la MDA ou de la conclusion de partenariats, à apporter une aide en nature sous la forme de mise à disposition de locaux, de matériels ou de services.

Ainsi à Besançon (Doubs), l'hôpital de Novillars auquel s'adosse la MDA, l'héberge dans des locaux du service de pédopsychiatrie, permettant ainsi une mutualisation plus aisée des moyens avec les différents services d'accueil (Cavasesm, hôpital de jour, centre de guidance...). Il met aussi à la disposition de la MDA un véhicule de service et d'autres moyens logistiques. L'hôpital assure aussi, en plus de l'équipe de soins qu'il fournit, une gestion administrative de la MDA.

Tableau récapitulatif des aides aux Mda

Sources traditionnelles de financement par la Sécurité sociale et l'État

Aide au fonctionnement de 156 000 euros (cadre Ondam*) reconductible. Relevant, par construction budgétaire, de l'Ondam hospitalier, elle ne peut pas être versée directement à une MDA, sauf si celle-ci est une émanation juridique d'un établissement de santé

Aide de 52 000 euros à un réseau auquel une MDA est adossée (cadre FIQCS*)

Aide au démarrage, pour un investissement nécessaire afin d'entrer dans des locaux adaptés

Sources ponctuelles

Crédits accordés préalablement à un PAEJ dont les missions avaient été reprises par la MDA nouvellement constituée

Crédits destinés à des actions dans le cadre de la politique de la ville

Aides des fondations, Fondation de France, Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France...

Financements sur projets décidés par les ARS

Apports des collectivités territoriales (communes / intercommunalités, conseil général, conseil régional)

Parties prenantes dans l'organisation de chaque MDA, dans son comité de pilotage, les collectivités territoriales apportent des contributions financières ou humaines à son activité. Ces aides sont généralement fixées par convention pour en assurer la pérennité

Apports des établissements porteurs et des membres conventionnés

Ce sont des dizaines de financeurs qui participent à la vie d'une Mda. Généralement conventionnés, ils sont aussi parfois hébergés et dans tous les cas impliqués dans les missions des Mda.

Apports en personnel et matériel

Apports en personnels mis à disposition par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), l'Éducation nationale (EN), collectivités territoriales, associations, etc.

Apports des établissements de santé ou transitant par des établissements de santé matérialisés dans

- **l'affectation d'une dotation MIG correspondant à une/des activités de la MDA**
- **la mise à disposition de personnels d'intervention ou de gestion administrative**
- **la mise à disposition de locaux, l'hébergement d'un site internet**

* Ondam (Objectif national des dépenses d'assurance maladie)

** FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, devenu FIR, Fonds d'intervention régional en 2012).



Glossaire

“Mal nommer un objet, c’est ajouter au malheur de ce monde”

Albert Camus

MÉTHODOLOGIE DE CE GLOSSAIRE

Le contexte

L’ANMDA a bénéficié, au titre de l’année 2012, d’une subvention de la DGS (Direction Générale de la Santé) pour réaliser un Glossaire. Elle s’est assurée les services d’un prestataire, le PRRATES (Pôle Ressources Régional Alsace du Travail Educatif et Social) pour réaliser cette démarche qui s’inscrit dans les objectifs suivants :

- Objectif général : « Améliorer la communication et la lisibilité des MDA sur le territoire français »
- Objectif opérationnel : « Réaliser un glossaire des MDA, une formulation partagée par les différents acteurs institutionnels et professionnels des MDA des activités qui y sont menées »

Une démarche en quatre étapes

La démarche a débuté fin 2012 et s’est achevée en 2013 sur la base des quatre étapes suivantes :

1. Une enquête par questionnaire auprès de l’ensemble des adhérents de l’ANMDA a permis de recenser les termes que ces derniers souhaitaient voir définis dans le glossaire.
2. La journée nationale des adhérents qui s’est tenue à Salon de Provence le 29.05.2013 a été l’occasion de présenter la liste des termes retenus et de consulter les adhérents. Une séance d’écriture collective sur la base de travaux de groupe a notamment permis de recenser les principaux points de divergence et de convergence relatifs aux termes polysémiques et d’en élaborer les premières propositions de définition.
3. Ces travaux ont été examinés en lien avec l’analyse des rapports d’activité des MDA recensés par le PRRATES dans le cadre d’un autre objectif opérationnel (« Capitaliser, recenser, formaliser les différents documents relatifs à l’activité des MDA de France »). Sur cette base, le PRRATES a constitué un état des lieux pour chaque terme.
4. La constitution d’une commission de consensus a permis de mener à bien les travaux de définition sur la base de ces états des lieux.

LA DYNAMIQUE DE RÉFLEXION AU SEIN DES COMMISSIONS DE CONSENSUS

Le questionnement au fondement de la démarche

Les maisons des adolescents regroupent des acteurs issus de différentes institutions et provenant d’horizons disciplinaires divers. Leur développement sur le territoire national se fait selon des rythmes et des configurations variables. Ces éléments apparaissent comme des atouts pour les MDA qui peuvent se développer en fonction des ressources existantes sur les territoires et être en mesure d’offrir la richesse de regards pluridisciplinaires et inter-institutionnels. Mais ils sous-tendent aussi des enjeux complexes dans la visibilité de la diversité des structures et entraînent un questionnement en termes de vocables employés au sein des MDA et dans les échanges entre institutions.

L'objectif des réunions

Dans cette perspective, l'objectif des réunions de la commission de consensus a été d'établir un accord autour de vocables et de terminologies communes. Il s'agit de constituer une base pour permettre d'améliorer la visibilité des MDA en parlant le même langage, tout en tenant compte de la richesse liée à la diversité des structures et des professionnels réunis.



CONSTITUTION DE LA COMMISSION ET DÉROULEMENT DES RÉUNIONS

Pour ce faire, la commission de consensus a été constituée sur la base d'une commission mixte composée d'adhérents/membres du Conseil d'Administration (CA) de l'ANMDA et d'adhérents non membres du CA, soit : les 5 membres de la commission Glossaire composée par l'ANMDA + 5 adhérents invités (un par région téléphonique). Les cinq membres invités ont été sélectionnés par les vice-présidents de l'ANMDA. Dans la sélection des invités, les vice-présidents ont veillé à ce que la commission de consensus respecte une diversité de représentation de métiers, de secteurs d'appartenance, d'ancienneté et de diversité des structures (associatives, hospitalières, GIP...).

Pour chacun des termes à définir, le PRRATES a réalisé un état des lieux, contenant :

- un rappel de l'étymologie,
- une synthèse de données bibliographiques (extraits d'articles ou d'ouvrages permettant de définir les termes dans le champ des sciences sociales, de la littérature professionnelle tant sanitaire que sociale),
- le compte rendu des travaux d'écritures collectives menés à Salon de Provence en mai 2014,
- une recension de l'emploi du terme dans les documents d'orientation stratégique (dont le cahier des charges des MDA et la charte de l'ANMDA),
- une recension de l'emploi du terme dans les rapports d'activité,
- ainsi qu'une série de récurrences apparaissant dans ces différents documents.

Au cours des réunions de la commission de consensus, chaque terme s'est vu attribuer un référent dont le rôle était de :

- compléter si besoin l'état des lieux mentionné précédemment
- rapporter une proposition de définition sur la base de ce dernier,
- et de conserver la mémoire des propositions rejetées lors des débats.

Les définitions proposées par le référent du terme, ont été discutées sur le mode du débat de consensus. En ce sens, le rôle de chaque participant était d'exprimer ses idées, accords et désaccords avec les autres participants. Le rôle de l'animateur était de veiller à la participation de chacun et conserver l'orientation des débats en lien avec l'objectif poursuivi. L'objectif commun était de regrouper les idées entre-elles, de choisir les terminologies les plus adaptées et de structurer la définition (c'est-à-dire de partir du contexte général pour décliner ensuite les modalités fonctionnelles des MDA).

La présentation du glossaire

Le présent glossaire se différencie d'un dictionnaire de l'adolescence dont les définitions d'ordre général auraient vocation à donner un panorama complet des problématiques et des enjeux de l'adolescence. Il vise en revanche à définir les termes clés qui reflètent l'activité des Maisons des Adolescents et à décliner leur dimension fonctionnelle en lien avec l'orientation stratégique du cahier des charges des MDA, de la charte et des statuts de l'ANMDA.

Pour optimiser la présentation du glossaire, les membres de la commission de consensus ont choisi de regrouper les termes en trois pôles : le premier revêt une dimension générique, le second concerne les parcours des publics accueillis et le troisième est relatif aux moyens d'intervention des professionnels. Dans la réalité des pratiques qui fondent le quotidien des MDA, ces pôles sont interdépendants : ils s'articulent, se recoupent et s'autodéterminent.

La réactualisation du glossaire

Le présent glossaire se veut évolutif. Il est un support de réflexion à proposer aux équipes des MDA pour améliorer la lisibilité de leurs pratiques professionnelles. Il pourra être réactualisé tous les deux ans sur décision d'un référent glossaire, identifié au sein du CA de l'ANMDA qui désignera une commission *ad hoc*.



Sommaire du glossaire

TERMES GÉNÉRIQUES

Adolescent	72
Parents	74
Prévention	75
Santé	76

TERMES RELATIFS AUX PARCOURS

Accompagnement	77
Accueil	78
Coordination	79
Évaluation des situations	80
Orientation	81

TERMES RELATIFS AUX MOYENS D'INTERVENTION

Atelier	82
Écoute	83
Information	84
Partenariat	85
Pluridisciplinarité	86
Réseau	87
Soin et prise en charge	88

Adolescent

L'adolescent(e) est un jeune garçon ou une jeune fille à l'âge de l'adolescence. En terme courant, l'adolescence désigne souvent la période des années lycée et se confond parfois avec la notion de jeunesse.

Si cette notion s'inscrit dans un continuum naturel (enfant, adolescent, jeune adulte), les bornes de chacun de ces âges sont soumises à une « grande variabilité selon les âges, les sexes, les lieux, les histoires personnelles et l'environnement social »¹.

Il est important de préciser que le terme d'adolescent est également une notion instable, à la fois dans sa dimension historique, culturelle et disciplinaire. Elle est au moins double, médicale et sociologique. Ces définitions sont complémentaires et non contradictoires.

D'un point de vue médical, l'adolescence est la période transitoire débutant après l'enfance, avec le développement pubertaire, et se terminant avec l'accession à la maturité physiologique de l'âge adulte. L'OMS la situe entre 10 et 19 ans.

Il s'agit d'une période de transformation du corps, de « métamorphose pubertaire » qui conduit, notamment, à la maturation sexuelle.

Cette maturation sexuelle progressive introduit à une affirmation de sa propre identité sexuelle, métaphorique de l'identité de l'adolescent lui-même.

D'un point de vue sociologique, l'adolescence est un construit social, d'ailleurs récent.

Elle s'inscrit dans un processus identitaire d'autonomisation/individuation, processus qui se met en oeuvre de façon concomitante au sein de la famille, des établissements scolaires et auprès des pairs.



¹ Extrait de la charte de l'ANMDA

Il s'agit ainsi de s'affirmer dans sa différence et dans sa ressemblance, sur le plan de l'apparence (vêtements, coupe de cheveux, langage...) et de l'appartenance à un groupe social (la famille pouvant à ce titre être considérée comme un groupe social)

Il est important de préciser que, sur le registre sociologique, une génération d'adolescents est de quelques années et peut commencer avant la puberté dans ce que nous nommerons « une demande d'adolescence », une position de revendication d'autonomie face à celui qui détient à son égard une position d'autorité. Les travaux des sociologues montrent une accélération de ce processus générationnel¹.

Les MDA sont un lieu généraliste s'adressant à tous les publics adolescents et, comme le souligne le cahier des charges des MDA, «s'il reste souhaitable de maintenir l'accueil d'un public adolescent large, les maisons des adolescents s'adressent en priorité à des

adolescents en proie à des difficultés faisant que leurs familles, les professionnels et les institutions atteignent, isolément, les limites de leurs compétences. Il appartient aux décideurs locaux d'élargir l'accueil à un public adolescent plus large en fonction des besoins identifiés localement et des ressources du territoire»².

Ainsi, la majorité des MDA accueille des adolescents de 11-12 ans à 20-21 ans, et parfois jusqu'à 25 ans.



¹ Lachance, J. *La temporalité comme matériel d'autonomie chez les jeunes : risques, jeux et rituels juvéniles dans la société hypermoderne*, Thèse de sociologie, soutenue à l'université de Strasbourg, sous la direction de David Le Breton et de Denis Jeffrey, 2009.

² Extrait du cahier des charges des MDA

Parents

Le parent se définit par un lien biologique, symbolique et/ou légal.

Les parents sont accueillis (cf. définition de l'accueil) dans les MDA au même titre que les adolescents. Au sein d'une MDA, le parent peut se définir par un lien biologique, symbolique et/ou légal à l'adolescent reçu. Toute demande adressée par un parent d'adolescent, reçu ou non à la MDA, sera prise en compte, soit en interne à la MDA, soit dans son réseau de partenaires (établissement de placement éducatif par exemple...).

1 La première composante définit le lien établi par la génétique, qui relie l'enfant à ses géniteurs. Au plan légal, cette définition inclut toute personne exerçant l'autorité parentale conjointe ou exclusive, étant bénéficiaire d'une délégation de l'autorité parentale ou du statut de tiers digne de confiance. Les parents n'ayant pas reconnu leur lien de parenté, ou faisant l'objet d'un retrait de l'autorité parentale, n'ont pas les mêmes droits.

2 La seconde composante, la « parenté », est le lien généalogique, établi par la loi qui inscrit juridiquement l'enfant dans une ou plusieurs lignée(s). C'est l'Institution, par la coutume ou par la loi, qui attribue à chacun sa parenté. Au sens élargi, elle inclut toute personne alliée par un lien de parenté quel qu'en soit le degré.

3 La troisième composante, la « parentalité », s'inscrit dans le caractère domestique du rapport familial intergénérationnel. L'exercice de la parentalité suppose un rôle d'éducation et de transmission. Cette fonction sous-entend, au plan symbolique, une différenciation générationnelle et un rôle d'autorité.

Les Maisons des Adolescents doivent répondre au besoin d'information et d'accompagnement des parents qui sont des partenaires.



Il convient, pour l'équipe de la MDA, de repérer en quoi l'adulte se considère comme parent, comment l'adolescent le considère et comment ces différentes positions se définissent dans le cadre légal, mais aussi dans celui de la parentalité.

Il est également important de rappeler que les MDA sont « des structures ouvertes où les adolescents peuvent se rendre librement et gratuitement sans qu'une autorisation préalable des parents soit nécessaire ». Cependant, il conviendra de rechercher l'adhésion de l'adolescent à une mise en lien avec ses parents, sauf circonstances particulières définies par la loi.

¹ Article 375-3 du code civil

Prévention

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Au sein des Maisons des Adolescents, la prévention est considérée au sens large du terme. Elle vise à éviter qu'une situation (sociale, environnementale, économique...) ne se dégrade et peut être déclinée dans de multiples domaines : sanitaire, social, éducatif, etc.

Pour les MDA, la prévention est un axe fort qui s'adresse autant aux adolescents, qu'aux parents et aux professionnels de l'adolescence, à l'ensemble de la population ou à certains groupes ou individus.

Elle est indissociable de la promotion de la santé qui vise à développer aussi bien les ressources individuelles que collectives, afin de favoriser le bien-être physique, psychique et social.

La prévention, au sens strict, se focalise sur les symptômes et les maladies.

Elle peut être primaire, secondaire ou tertiaire :

- Elle est primaire lorsqu'elle vise à réduire l'incidence par l'anticipation.

- Il peut s'agir, par exemple, d'intervenir auprès de jeunes sur des thématiques de mal-être/bien-être, de les informer de l'existence de lieux ou de personnes ressources, ou bien encore de favoriser le développement de leurs compétences psychosociales.

- Elle est secondaire lorsqu'elle a pour objectif de réduire la gravité, visant aussi précocement que possible les risques manifestes d'un éventuel processus pathologique.

- Par exemple, il peut s'agir au sein des MDA de reconnaître diverses consommations pour construire une démarche d'information

- Elle est tertiaire lorsqu'elle vise à réduire les séquelles d'une maladie déclarée et à rétablir l'état de santé initial. Par exemple, développer des groupes à médiations thérapeutiques (artistiques, sportives ou autres) pour des adolescents malades au sein des MDA.

Au sein d'une MDA, le travail de prévention s'exerce en veillant à garantir une continuité de prise en charge dans et par le réseau constitué autour de la structure, en lien avec les dispositifs existants.

Il s'agit globalement :

- de prévenir les ruptures physiques, affectives, psychiques, éducatives et sociales dans les parcours de soins et les parcours de vie par rapport à la famille, l'école et/ou la société.

- de prévenir les risques et les mises en danger dans des domaines aussi divers que la santé, le mal-être, la sexualité, les addictions, les maltraitances, etc.

- et de favoriser l'accès aux dispositifs de droits communs (éducatifs, sociaux, juridiques, sanitaires, pédagogiques et soins).

Santé

L'ANMDA reprend la définition de la santé dans sa dimension physique, psychique, sociale et éducative, par l'OMS, reprise dans la charte d'Ottawa : « un état de complet bien-être physique, mental et social »¹.

Dans une approche de santé publique, à partir d'un diagnostic territorial et dans une vision généraliste de leurs interventions, les MDA s'inscrivent dans une logique de travail pluridisciplinaire, de partenariat et de réseau. L'objectif est de faciliter les parcours de santé et soin des adolescents et de leur famille, de soutenir les acteurs de l'adolescence de leur territoire d'intervention :

- en garantissant une continuité de l'accompagnement et de la prise en charge.
- en réalisant des actions de prévention et de promotion de la santé.
- en intégrant au sein de leur dispositif les acteurs de soin locaux.
- en disposant d'un lieu ressource (site, documentation...) pour les questions de santé des adolescents, à disposition du public et des professionnels de l'adolescence.
- en allant à la rencontre des jeunes par un maillage territorial de leurs activités.



¹ Charte d'Ottawa, OMS, 1986

Accompagnement

L'accompagnement est inscrit dans le cahier des charges des MDA et dans la charte de l'ANMDA. Il s'adresse aux adolescents et à leurs parents.

L'accompagnement est une posture de l'ensemble des professionnels des MDA qui s'appuie sur les choix de la personne accueillie ¹.

L'accompagnement suppose d'être « à côté de... » avec le souci de donner des outils pour avancer. Il incite à être acteur. Il rend possible un lien dans la durée.

L'accompagnement qualifie tous les actes en rapport avec cette posture (accueil, écoute, évaluation, orientation, prise en charge, etc.). Dans un contexte pluridisciplinaire et/ou inter-institutionnel, une attention particulière est portée au maintien de la cohérence et de la continuité de l'accompagnement.



¹ Sur cette notion, on pourra utilement se reporter à l'ouvrage de Dominique Depenne, *Éthique et accompagnement en travail social*, ESF Editeur, 2012

Accueil

Les MDA ont pour mission d'accueillir tous les adolescents, les parents et/ou l'entourage, ainsi que les professionnels qui s'y présentent.

Les MDA veillent à «favoriser l'accueil en continu ¹ par des professionnels divers pour faciliter l'accès de ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels» ².

L'accueil permet de repérer ou de saisir l'origine et la nature de la demande ou des besoins. Il s'agit d'un accueil ouvert, sans préjugé et sans prédétermination, dans l'intention de prendre en compte les préoccupations de l'adolescent, des parents.

Dans cette logique :

- **L'accueil a vocation à s'adapter à la temporalité de la situation.**
- **L'accueil doit être confidentiel et gratuit. Il peut être anonyme.**
- **L'accueil doit permettre d'évaluer l'urgence éventuelle.**

Par-delà l'écoute et une nécessaire posture d'ouverture, l'acte d'accueillir consiste à mettre en mouvement un processus engageant tous les acteurs en présence (l'accueillant lui-même et les personnes accueillies) : il s'agit d'explorer la situation énoncée et ses contextes, et d'envisager les perspectives opportunes et tenables. De la sorte, les accueils ouvrent un spectre large de perspectives envisageables avec les personnes accueillies et conditionnent la suite du processus, depuis la simple réponse à une question ponctuelle, jusqu'à l'élaboration d'un parcours cohérent, continu et plus durable, en mobilisant les ressources internes ou externes de la MDA.

La préoccupation majeure des MDA est de préserver un accueil caractérisé par la capacité à prendre en compte les situations telles qu'elles se présentent. Cela requiert une disponibilité et réactivité, jusqu'à pouvoir accueillir sans rendez-vous, ainsi que la mobilisation de nombreux savoir-faire en situation d'accueil.

Sur le plan organisationnel, l'accueil à la MDA implique un espace adapté et aménagé.

Les pratiques d'accueil se jouent à la fois au niveau de l'organisation de leurs dispositifs et au niveau d'une posture réfléchie des accueillants, ainsi qu'au niveau des situations d'accueil elles-mêmes. Les MDA s'engagent à partager cette réflexion avec les structures partenaires.



¹ Le terme « en continu » s'entend dans l'objectif de « garantir la continuité et la cohérence des prises en charge » (cf. cahier des charges des MDA) qui renvoie à la notion de parcours de santé et de soin

² Extrait du cahier des charges des MDA

Coordination

Au sein de la Maison des Adolescents, la coordination est le principe organisateur de son dispositif auprès des jeunes et des familles, mais aussi auprès des acteurs de l'adolescence.

Elle vise à «mettre en ordre» et réguler les actions d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge auprès des adolescents et de leur famille et vise à favoriser, développer les actions de réflexion, de partage et d'échange de pratique auprès des professionnels, bénévoles, de l'adolescence.

Cette coordination s'avère nécessaire du fait de la pluri-institutionnalité, du partenariat, de la pluridisciplinarité et du travail en réseau (cf. définitions) des MDA.

Pour les adolescents eux-mêmes, elle consiste à articuler et fédérer autour du projet d'accompagnement des professionnels d'origines diverses, afin de construire ensemble et de manière concertée des propositions adaptées à leurs besoins. Elle vise également à organiser les coopérations utiles à ce projet partagé qui constitue ainsi un espace de travail solidaire où la complémentarité des interventions sociales, médico-sociales, sanitaires, permet une approche globale des situations-problèmes rencontrées, en lieu et place des organisations traditionnelles, en tuyau d'orgue et mono-institutionnelles.

Pour les acteurs de l'adolescence, la coordination a pour but de favoriser le développement d'une culture partagée sur les pratiques et problématiques adolescentes contemporaines. Cette culture s'appuie sur l'idée que les champs de savoirs (sociaux, éducatifs, psychologiques...) et de compétences s'équivalent dans la mesure où ils ne disent pas la même réalité. L'enjeu est ainsi de passer des jeux et enjeux de pouvoir inter-institutionnel à la

dimension de responsabilité collective dans un projet partagé, dans laquelle s'inscrivent la responsabilité et l'engagement professionnel de chacun, sans méconnaître le risque de «l'illusion égalitaire»¹.

Le(s) coordinateur(s) aura(ont) la responsabilité d'organiser l'équité des places des partenaires engagés et de garantir de la considération pour chacun des points de vue apportés au débat. Cette place singulière dévolue aux MDA, hors système hiérarchique classique, nécessite une légitimité acquise par la collégialité et la coresponsabilité, bases de la démarche commune des projets des MDA.

Le projet est fondé sur la double conviction que personne ne peut prétendre aujourd'hui détenir seul l'ensemble des savoirs et des compétences pour accompagner telle ou telle action de soin, de lutte contre les exclusions ou de santé publique et que la gouvernance, à l'image de l'agora grecque, doit promouvoir les arguments et contre-arguments fondés en raison, échangés en réunion et qui produisent des décisions fondées en valeurs.

Cette éthique de la discussion au centre de nos fonctionnements, où la coordination des acteurs engagés est le fondement de l'activité des MDA, crée une capacité d'action supérieure en efficacité et en justesse dans la réponse au public visé, source d'une coopération réussie.

¹ Dumoulin, P. (et al.) *Travailler en réseau, Méthodes et pratiques en intervention sociale*, Paris, Dunod, 2006.

Evaluation des situations

L'évaluation de la situation d'un adolescent s'appuie sur la posture d'accueil et d'accompagnement et sur le travail pluridisciplinaire et inter-institutionnel, inscrit au cœur des missions des MDA.

Elle inclut nécessairement la dimension sanitaire, entendue au sens large du terme. Elle est partie intégrante du « prendre soin » apporté aux adolescents et à leur famille, notamment par le fait que l'évaluation est « une estimation de la valeur, du nombre, de l'importance ou de la grandeur des choses »¹. Évaluer en MDA, c'est accorder de la valeur aux actes posés, à ce qui est dit ou tu, montré et/ou agi par l'adolescent et sa famille.

Il s'agit donc d'une co-élaboration entre l'équipe et le jeune, sa famille, les partenaires.

Elle aide le jeune lui-même à clarifier les raisons de sa venue, à comprendre ce qui fait éventuellement symptôme et à mettre en perspective des hypothèses de résolution de ce qui le met en difficulté.

Elle permet de discuter un projet d'accompagnement ou de prise en charge, en interne à la MDA ou dans le réseau de partenaires.

L'évaluation suppose une écoute active, menée par un ou plusieurs professionnels.

Elle s'attache à mettre en rapport les différents éléments repérés (affectifs, sociaux, physiques, intellectuels, relationnels, contextuels...) et leurs interrelations.

L'évaluation est un processus continu et dynamique qui prend en compte l'évolution de la situation.



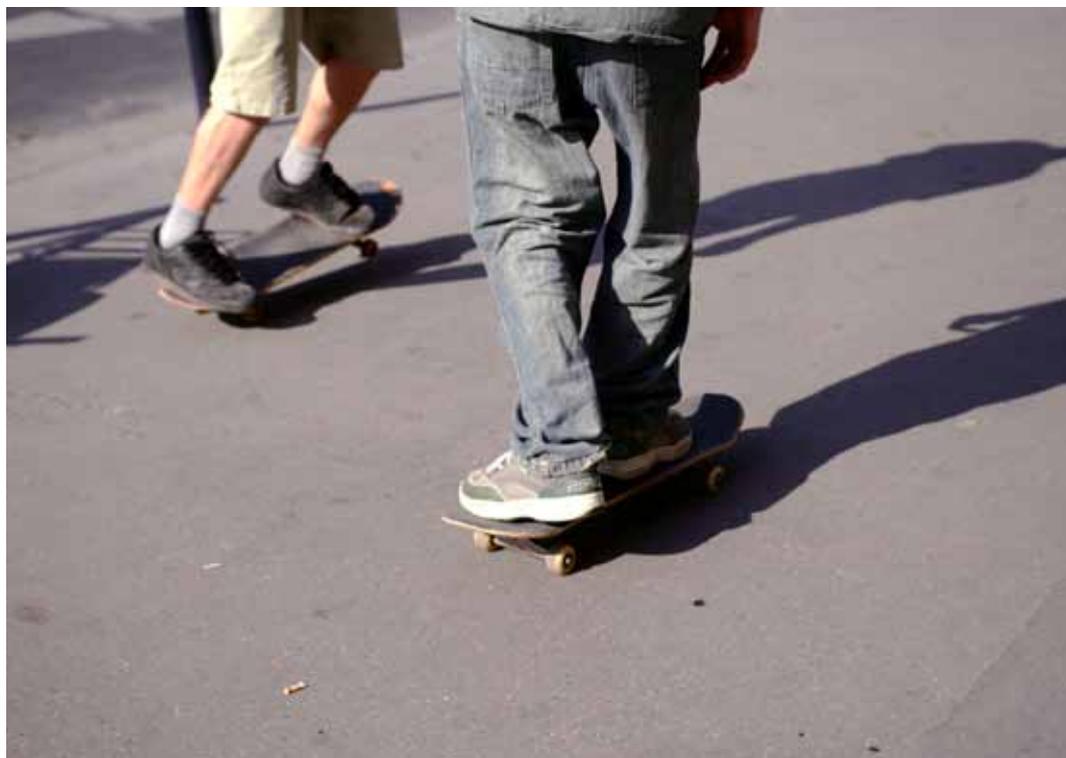
¹ De Robertis, C., *Méthodologie de l'intervention en travail social*, Paris, Bayard, 2005, p. 129

Orientation

Comme le souligne le rapport de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins relatif aux Maisons des Adolescents, ces dernières coordonnent la continuité de la prise en charge des adolescents « en formulant les orientations souhaitables »¹.

L'orientation découle de l'écoute, de l'évaluation et, selon les organisations, de la réunion de régulation, de la réunion clinique ou de la synthèse. Elle consiste à faire des propositions allant dans le sens du mieux-être du jeune et de son environnement. Ces propositions allient largement le champ social, éducatif, juridique, psychologique ou médical. Elles sont éventuellement plurielles et conjointes.

Au cas par cas, cette orientation se fera au sein de l'équipe pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle de la MDA ou dans son réseau de partenaires, notamment lorsque la situation nécessite une prise en charge de l'adolescent.



¹ « Les maisons des adolescents », rapport de Marc Buisson et Francis Salles, février 2009, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Ministère de la Santé et des Sports.

Atelier

L'atelier est un espace de coopération, s'appuyant à la fois sur la dynamique personnelle de tous les participants et sur la dynamique du groupe autour d'un média.

Il est défini par :

- un média prétexte à la rencontre et aux liens à l'autre.
- un lieu dédié (dans ou hors MDA).
- une temporalité (rythme et durée).
- un groupe d'adolescents (fermé ou ouvert).
- un ou des professionnels dont au moins un apporte son savoir-faire par rapport au média considéré et un représente la MDA.

C'est un lieu de transformation, où la création est interactive et la production est collective. L'atelier suppose des temps d'échange et de reprise sur les mouvements groupaux et individuels avec les adolescents et les partenaires impliqués.



Écoute

L'écoute consiste à prêter attention aux sons et à leur donner un sens. Le terme d' « écoute » suppose une attention particulière à l'autre dans toutes ses expressions. Au sein des MDA, cette écoute prend une forme active et évaluative. Elle désigne l'attention portée à l'ensemble des messages verbaux et non verbaux.

Elle a pour objectif :

- d'aider à la clarification et d'évaluer la situation de l'adolescent.
- d'aider à l'émergence des attentes et/ou des besoins de l'adolescent lui-même et/ou de son entourage.
- d'orienter et/ou d'apporter une proposition d'accompagnement adaptée à la situation.



Information

Dans le cadre des missions des MDA, le terme « information » revêt différents aspects : dimension clinique, action partenariale et ressource, lien avec les tutelles, observatoire de l'adolescence, communications généralistes.

Toute action d'information doit tenir compte de l'interlocuteur auquel on s'adresse, afin de choisir les moyens de communication les plus adaptés et les plus efficaces.

Les informations dispensées par les MDA tiennent compte des ressources et des dispositifs existant sur le territoire.



Concernant la dimension clinique, la transmission d'information sous-entend une position d'accueil et d'écoute (cf. définitions). L'information donnée résulte de l'attention portée à la personne et permet parfois de rassurer et d'accompagner le jeune, sa famille, dans une recherche de solution.

L'objectif est que la personne s'approprie l'information afin de lui permettre de faire des choix et de faire valoir ses droits. Elle va du simple renseignement jusqu'à la proposition d'une orientation spécialisée en interne ou en externe (juridique, sanitaire, sociale...).

Concernant les autres dimensions, les MDA «ont vocation à être des lieux ressources avec notamment un centre documentaire sur la santé des adolescents» ¹, à destination des jeunes, de la population générale, des partenaires, des professionnels et des tutelles. Différents supports peuvent être utilisés (plaquettes, infolettres, vidéos, radio, site internet, réunions d'échanges, conférences, veille documentaire, etc.).



¹ Extrait du cahier des charges des MDA

Partenariat

Le partenariat est la coopération entre, au minimum, deux acteurs, personnes et/ou institutions, généralement différents par leur nature et leurs activités, leurs missions et responsabilités. L'objectif est l'action commune concertée, dans une logique d'association des compétences, d'acteurs concernés par l'adolescence et par l'objet du partenariat.

L'acte fondateur du projet d'une MDA est un acte de partenariat. Il associe des acteurs « politiques » du territoire concerné (l'Agence régionale de Santé, les Centres Hospitaliers, le Conseil Général, les autres Collectivités Territoriales, les représentants de l'État, la protection Judiciaire de la Jeunesse, la Cohésion Sociale, Jeunesse et Sport, l'Education Nationale...) et des acteurs « techniques » (associations de jeunesse, médico-sociales, de protection de l'enfance...).

Cet acte fondateur signe une « intention partagée » qui légitime les missions confiées aux MDA. Il peut viser à lui confier la mission d'animation et de coordination des acteurs de l'adolescence sur le territoire concerné.

Pour les MDA, dans leurs activités, les différents partenariats s'inscrivent, d'une part, dans l'intérêt du sujet adolescent et, d'autre part, dans la promotion d'une réflexion sur l'adolescence, en général.

Dans le premier cas, ils peuvent être compris au sens :

- de la relation individuelle, de l'accompagnement entre la MDA et l'adolescent et/ou les parents, partenaires du projet d'accompagnement,
- de la construction entre les professionnels partenaires d'un projet d'accompagnement, d'un parcours de santé, de soin.
Les partenaires sont alors les différents professionnels du sanitaire, de l'éducation, de l'insertion, de la justice, de la prévention, de la protection de l'enfance, de la culture, du sport...

Dans le second cas, ils peuvent être compris au sens :

- de la participation à la réflexion institutionnelle et à l'évaluation de la MDA impliquant adolescents et parents, acteurs politiques et techniques...
- de l'animation des partenariats interinstitutionnels pour mieux appréhender les adolescents contemporains et développer, au sein d'un même territoire, une culture partagée sur les pratiques et problématiques adolescentes.

Tous ces partenariats sont fondés sur un engagement volontaire, mutuel, formalisé et évalué. L'engagement entre les partenaires peut prendre différentes formes : accord verbal, convention, charte, contrat... Les partenariats peuvent être humains, théorico-cliniques, matériels, financiers. Ils doivent être adaptés à leur objet, leur durée et leur périmètre.

Pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité est un des éléments constitutifs des MDA, au même titre que l'inter-institutionnalité, au sens où les MDA s'appuient sur des professionnels de formations, de missions, d'exercices et d'institutions différentes (médicales, sociales, psychologiques, juridiques, éducatives, pédagogiques, etc.).

Dès l'accueil du public, par l'intégration de professionnels d'horizons divers, « cette pluridisciplinarité permet de proposer aux adolescents la richesse de regards croisés ». Les différents professionnels mettent leurs perceptions en commun, pour comprendre et analyser les situations des jeunes et familles, afin de mettre en œuvre des propositions d'accompagnements adaptées à la singularité de chacun.

Par ailleurs, « cette pluridisciplinarité s'inscrit dans un réseau pluripartenarial, soit existant préalablement aux MDA, soit à créer autour des MDA dont une des vocations est de devenir le support des réseaux adolescents ». Pour les professionnels et partenaires des MDA, l'apport pluridisciplinaire favorise l'articulation des pratiques, vocabulaires et théories, qui sous-tendent chaque discipline, dans une logique de collaboration, d'échange de compétences et de développement d'une culture partagée de l'adolescence. Cette perspective définit les termes d'interdisciplinarité, voire de transdisciplinarité.

Extrait de Darbellay, F., « Vers une théorie de l'interdisciplinarité. Entre unité et diversité », Nouvelles perspectives en sciences sociales : revue internationale de systémique complexe et d'études relationnelles, vol. 7, n° 1, 2011, p. 65-87 :

“

Sur une base pluridisciplinaire, l'interdisciplinarité marque le pas dans la mise en interaction de deux ou de plusieurs disciplines : le préfixe inter- signifie bien ce qui est « entre », soit la relation de réciprocité entre plusieurs disciplines dans laquelle on se situe pour décrire, analyser et comprendre la complexité d'un objet d'étude commun.

L'interdisciplinarité va au-delà de la simple juxtaposition de plusieurs points de vue disciplinaires, elle vise la collaboration entre spécialistes d'horizons disciplinaires différents et complémentaires, voire l'intégration entre les disciplines. L'interdisciplinarité traduit le « désir d'une connivence élargie » 21 entre plusieurs champs disciplinaires, elle est fondée sur un partage consenti des objectifs, des méthodes et des langages spécifiques à chacune des disciplines impliquées dans le processus de co-production des connaissances. L'approche interdisciplinaire vise en effet à contrer « l'aveuglement du spécialiste » (...).

La transdisciplinarité représente un processus de connaissance qui va au-delà (trans-) des frontières

disciplinaires. La transdisciplinarité se définit alors comme une vision globale et intégrée qui réorganise les savoirs disciplinaires en vue de la compréhension d'un objet d'étude complexe et « qui ne se contenterait pas d'atteindre des interactions ou des réciprocités entre recherches spécialisées, mais situerait ces liaisons à l'intérieur d'un système total sans frontières stables entre les disciplines ».

Selon une deuxième orientation plus pragmatique, participative et appliquée, la transdisciplinarité peut être pensée comme un processus de recherche qui intègre dans sa propre réalisation les acteurs politiques, sociaux, économiques et citoyens pour la résolution de problèmes complexes (environnement, violence, santé, etc.) : les acteurs externes au domaine scientifique sont amenés à participer activement à la co-construction des connaissances, en partenariat avec les spécialistes du domaine concerné.

”

Les MDA mettent au service de leurs partenaires, leur pluri – inter – trans - disciplinarité, notamment dans l'étude des situations complexes, que ces partenaires rencontrent dans leurs propres accompagnements ou prises en charge.

Réseau

Un réseau est un système d'acteurs (ici appelés partenaires) permettant la diffusion, la circulation, l'échange d'informations, la coordination d'actions. Il peut organiser la régulation entre ses membres. L'objectif du réseau est de constituer un tissage, un maillage de professionnels ou de partenaires institutionnels.

Le réseau est fondé sur des relations horizontales et dynamiques entre ses membres, différentes des organisations pyramidales, étant elles sur un mode vertical. Il fonctionne sur un principe de complémentarité et de réciprocité.

Il se fonde sur une intention partagée, un ou plusieurs objectifs, et un territoire (géographique ou d'action) commun à ses membres.

Chaque réseau organise son fonctionnement et devrait tendre à formaliser son pilotage et la coordination des actions.

Pour le ministère des affaires sociales et de la santé, « Un réseau est un ensemble organisé de plusieurs personnes physiques ou morales, dites acteurs du réseau, dispersées dans une zone territoriale donnée, de compétences différentes et complémentaires qui agissent pour un objectif commun, selon des normes et des valeurs partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge d'une communauté ».

Les réseaux de santé sont une forme particulière de réseaux définis dans le code de la santé publique: ils «ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne (...)»¹. A ce titre, les adolescents sont considérés comme une population ayant des besoins globaux (sociaux, juridiques, éducatifs, médico-sociaux et sanitaires).

Les MDA participent à l'organisation des partenaires en réseau, en lien avec les réseaux existants, et en animant ou co-animant des réseaux de professionnels de l'adolescence, réseaux de santé ou non, au profit de la continuité du parcours, du décloisonnement des pratiques et de l'appropriation d'un langage commun. La posture de la MDA et de sa fonction de coordination (cf. définition) est basée sur la notion de partenariat définie précédemment. Elle est accueillante des différentes cultures professionnelles de l'adolescence, facilitatrice des échanges de savoirs. Elle poursuit l'objectif de diffusion d'un langage partagé. Selon la charte de l'ANMDA, l'une des vocations des MDA est de « devenir le support des réseaux adolescents »².



¹ Article L. 6321-1 du code de la santé publique
² Extrait du cahier des charges des MDA

Soin et prise en charge

Les MDA ont vocation à apporter une réponse de santé et, plus largement, à prendre soin des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes.

Le soin, ainsi entendu, est tout à la fois souci de l'autre, écoute et réparation.

Les activités de soin s'étendent du secteur de l'action sociale ou éducative au secteur médical. Ce sont des pratiques d'entretien, d'accompagnement, de gestes destinés à soulager, rassurer et/ou entourer.



La prise en charge, terme du cahier des charges des MDA mais largement discuté, traduit une prise en compte de la personne. Elle peut être sociale, juridique, éducative ou médicale. Lorsqu'elle s'avère nécessaire, après le travail d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, elle peut être organisée au sein de la MDA ou être orientée dans le réseau des partenaires. Dans ce dernier cas, la MDA accompagne l'adolescent et/ou sa famille jusqu'à ce que le relais, la prise en charge soit effective.

La prise en charge s'adresse à un sujet ou à un groupe (ex. : famille). Elle est gratuite au sein des MDA et s'organise sous la responsabilité du directeur ou du coordinateur.

Lorsqu'elle est médicale, elle peut être ponctuelle ou prolongée, somatique ou psychique, médicamenteuse, relationnelle ou corporelle, et peut concerner un groupe ou un individu. Elle est exercée par un médecin ou par un professionnel ayant une mission de santé. Elle est régie par les règles du code de déontologie médicale et du code de la santé publique. En règle générale, l'autorisation du responsable légal doit être recherchée¹, sauf exceptions².

¹ Article R. 4127-42 du code de la santé publique

² Entendue au sens large du terme (cf. définition)



Bibliographie

- > **Construire une relation de soin avec les adolescents. Qu'apporte le nouveau dispositif des Maisons des adolescents ?**
BENOIT J.P. ; SMADJA J. ; BENYAMIN N. ; MORO M.R. 2011. , in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59 ; 2, 86-93, Paris, Elsevier-Masson
- > **La Maison des adolescents, écho d'un changement sociétal? Perspectives historique, fonctionnelle et psychodynamique d'un dispositif de soin**
DE FLEURIAN A. ; GENVRESSE P. 2011, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59; 2, 69-74, Paris, Elsevier-Masson
- > **De l'image à la mise en scène, quelle place la médiation artistique donne-t-elle au sujet adolescent ?**
GRANIER E.; HADDAD Y. ; TALABARD L. ; BENTATA H. 2011., in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 2, e21-e26, Paris, Elsevier-Masson
- > **Les maisons des adolescents: une rencontre innovante entre générations ?**
LIDA-PULIK H. ; ENJOLRAS F. ; ISSER LIS C. 2011., in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 2, 81-85, Paris, Elsevier-Masson
- > PERRET A. ; BLANCHET C. ; COSSERON F. ; FEMENIAS G ; KROTENBERG A. ; GRANIER E. ; JACQUIN P. ; LEMAIRE J.J. 2012. *Adolescence*, in *Maison des adolescents*, 30, 2, 307-314
- > **Santé, adolescences et familles: rapport préparatoire à la conférence de la famille 2004**
RUFO M. ; JOYEUX H. 2004. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Paris, www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000128/0000.pdf, 96-10
- > **Toucher les jeunes là où ils sont et là où ils en sont**
VERSINI D. 2011., in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 2, 69, Paris, Elsevier-Masson
- > **Les Maisons des adolescents. Un lieu pour prendre soin des adolescents**
VST, revue du champ social et de la santé mentale n°119 - 3^e trimestre 2013, par Patrick Cottin, directeur de la MDA de Loire-Atlantique.
- > **Les Maisons des adolescents : du solide ?**
par Emmanuelle Granier, coordinatrice du réseau de la MDA de Saint-Denis (93)
- > **Achoppement des processus de liaison à l'adolescence et paradoxes culturels**
ALECIAN P. ; ROYER A. M. ; JOUSSELME C. 2014. *Adolescence*, 32, 1, 111-127