



Rapport d'évaluation de la Maison départementale des adolescents de Loire-Atlantique

Eric Le Grand, Virginie Muniglia et Patricia Loncle

Avec la participation d'Angèle Rabiller et Karinne Guilloux

Mai 2013



EHESP

Sommaire

I. INTRODUCTION	5
A. CADRE DE L'ÉVALUATION	5
B. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION	6
1. UNE ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNÉES DE LA MDA	6
2. UNE APPROCHE QUALITATIVE SOUS FORME D'ENTRETIENS	6
a) Les entretiens avec les professionnels de la MDA	6
b) Les entretiens avec les professionnels partenaires du réseau de proximité de la MDA	7
c) Les entretiens avec les partenaires institutionnels de la MDA	7
d) Les entretiens avec le public de la MDA	7
e) Les entretiens avec d'autres MDA	8
3. PARTICIPATION À DIFFÉRENTES RÉUNIONS	9
II. ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTION DE LA MDA 44.....	10
A. L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DU PUBLIC	10
1. MISE EN PERSPECTIVE : RECEVOIR LES ADOLESCENTS ET LEURS FAMILLES	10
2. L'ORGANISATION DES PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT	11
3. SITUATIONS ET FORMES D'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES.....	14
a) L'écoute sans enjeux thérapeutiques	14
b) Le tremplin vers le soin	15
c) Le dénouement des situations complexes	16
4. LE REGARD PORTÉ SUR LA MISSION D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À L'INTERNE	17
a) L'équipe de la MDA	17
b) Les intervenants spécialisés	19
5. LE REGARD PORTÉ SUR LA MISSION D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT PAR LES JEUNES ET LES PARENTS	20
a) La qualité de l'accueil : souplesse et réactivité	20
b) Des équipes qualifiées aux compétences diversifiées	22
c) L'importance de l'approche collective des situations	23
d) Un flou quant à la place des parents dans l'accompagnement	24
6. LE REGARD DE JEUNES N'AYANT PAS ÉTÉ PRIS EN CHARGE PAR LA MDA.....	24
7. LE REGARD PORTÉ SUR LA MISSION D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT PAR LES PARTENAIRES EXTÉRIEURS	26
8. DES INTERROGATIONS SUR LE PUBLIC ACCUEILLI	26

CONCLUSION DU POINT A : L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DU PUBLIC.....	28
B. L'INSCRIPTION TERRITORIALE ET LE PARTENARIAT OPÉRATIONNEL.....	30
1. MISE EN PERSPECTIVE	30
a) Fédérer, animer et former un réseau de professionnels et développer des actions de prévention	30
b) Être un centre de ressources	32
2. LE POINT DE VUE DES PARTENAIRES SUR LA PLACE DE LA MDA DANS LE RÉSEAU DES ACTEURS DE LA JEUNESSE	32
3. LES SITUATIONS CONTRASTÉES DES DEUX ANTENNES	34
a) Saint-Nazaire : une ressource centrale	34
b) Nantes : un acteur parmi d'autres	35
4. LES GROUPES RESSOURCE : UN OUTIL À CONSOLIDER.....	37
CONCLUSION DU POINT B : L'INSCRIPTION TERRITORIALE ET LE PARTENARIAT OPÉRATIONNEL.....	41
C. LE GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC (GIP) : MODALITÉS DE FINANCEMENT ET D'ORGANISATION.....	42
1. LES RÉSULTATS DES AUTRES MAISONS DES ADOLESCENTS	43
2. LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES ADOLESCENTS DE LOIRE-ATLANTIQUE	43
a) Le GIP permet la transparence... mais peu les débats de fond.....	43
b) Des partenaires oubliés dans le GIP ?.....	44
c) Le Comité d'Animation Départementale.....	45
CONCLUSION DE L'ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTION DE LA MDA 44	46
<u>III. LES ORIENTATIONS</u>	<u>49</u>
A. 1^{ÈRE} ORIENTATION : PÉRENNISER LA QUALITÉ DE L'ACCUEIL.....	49
B. 2^{ÈME} ORIENTATION : ALLER VERS LES PUBLICS LES PLUS ÉLOIGNÉS DES DISPOSITIFS.....	50
C. 3^{ÈME} ORIENTATION : VERS UNE COUVERTURE DÉPARTEMENTALE DE LA MDA	52
1. DÉVELOPPER DES GROUPES RESSOURCES PERMETTANT DE SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS	52
2. S'INSCRIRE DANS DES PERMANENCES EXISTANTES	53
D. 4^{ÈME} ORIENTATION : RENFORCER L'INSCRIPTION DE LA MDA DANS DES POLITIQUES PUBLIQUES EXISTANTES ...	53
E. 5^{ÈME} ORIENTATION : L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ	54
F. 6^{IÈME} ORIENTATION : ÊTRE UN CENTRE RESSOURCES ET ÉPIDÉMIOLOGIE	55
1. LES STATISTIQUES : UN OUTIL D'AIDE À L'ACTION	55
a) Développer de nouvelles pistes d'action	55
b) Renforcer l'information sur la MDA auprès des professionnels en lien avec les données	
recueillies dans la base de données	55
2. LE DÉVELOPPEMENT DE CONFÉRENCES PAR PUBLICS.....	56

G. 7 ^{ÈME} ORIENTATION : LE GIP ET LE CAD	56
IV. LES OUTILS	57
<u>ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES</u>	<u>61</u>
<u>ANNEXE 2 : GUIDES D'ENTRETIEN</u>	<u>63</u>
A. GUIDE D'ENTRETIEN ADOLESCENTS / PARENTS	63
B. GUIDE D'ENTRETIEN COLLECTIF « JEUNES »	64
C. GUIDE D'ENTRETIEN ÉQUIPE MDA	64
D. GUIDE D'ENTRETIEN PARTENAIRES DE LA MDA	67
E. GUIDE D'ENTRETIEN PARTENAIRES INSTITUTIONNELS (GIP).....	68

I. Introduction

A. Cadre de l'évaluation

À l'occasion du cinquième anniversaire de la création de la Maison Départementale des Adolescents (MDA), et dans la perspective d'un renouvellement de sa convention constitutive, les membres du Groupement d'intérêt public (GIP) qui la gèrent ainsi que la direction de la structure ont souhaité initier une évaluation de son action afin d'apprécier le chemin parcouru depuis sa naissance et dresser des perspectives quant à l'évolution de ses activités.

La convention constitutive de la MDA de Loire-Atlantique, en date du 4 juin 2006 et renouvelée en juin 2009, lui donne pour objet :

« d'apporter une réponse de santé, de prendre soin et d'accompagner des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et à leurs attentes, de fournir aux adolescents des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie, de favoriser l'accueil en continu par les divers professionnels, de garantir la continuité et la cohérence de la prise en charge, de constituer un pôle ressource pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence ».

Pour ce faire, la convention assigne trois missions à cette structure¹ :

1. *« Recevoir des adolescents et/ou leurs familles pour des demandes et besoins très variés, allant de problématiques psychologiques importantes à des questions d'orientations scolaires ou sociales, accompagner l'adolescent et sa famille vers des prises en charges extérieures ou initier de nouveaux modes de prise en charge pour des cas qui n'ont pas trouvé de réponses adéquates ».*
2. *« Fédérer, animer et former le réseau des professionnels de l'adolescence du Département. Impulser une réflexion et développer ou participer à des actions sur le champ de la prévention ».*
3. *« Être un centre de ressources et d'informations pour tous et un centre de recherche épidémiologique. »*

Le cahier des charges de l'évaluation de la Maison Départementale des Associations de Loire-Atlantique proposait trois axes d'étude :

1. Évaluer l'efficacité de la Maison Départementale des Adolescents au regard du rapport Objectifs / Résultats. Il s'agissait de se demander si les 3 missions définies par la convention constitutive sont remplies en s'attachant plus particulièrement au public reçu, aux problématiques traitées, aux prises en charges proposées et au travail partenarial avec les professionnels du secteur. Cela impliquait aussi de se questionner sur l'image de la MDA, sur sa place dans les schémas de soins, ainsi que sur les champs d'actions investis par la MDA.

¹ Les informations suivantes sont extraites du *Rapport d'activité 2010 de la Maison des adolescents de Loire-Atlantique.*

2. Évaluer l'efficacité de la Maison Départementale des Adolescents au regard du rapport Moyens / Résultats. Il s'agissait de se demander si les moyens mis à disposition de la Maison Départementale des Adolescents ont été utilisés de manière performante en portant une attention particulière aux points suivants : l'adéquation entre les budgets obtenus et les actions menées, le diagnostic des forces/faiblesses du fonctionnement en GIP au regard d'autres maisons départementales dont l'organisation juridique est différente (associations...), la dimension départementale de la MDA.
3. Identifier les perspectives d'évolution au regard des résultats des deux axes ci-dessus afin d'être en mesure de présenter des préconisations : pour préfigurer le rôle et l'action de la MDA au cours des cinq prochaines années, tant auprès du public que du réseau de professionnels, pour aider à la bonne adéquation entre les moyens alloués et les missions confiées et pour aider à la rédaction de la nouvelle convention d'objectifs et de moyens.

Par ailleurs, le GIP souhaitait pouvoir utiliser une partie de ces outils constitués à l'occasion de l'évaluation pour construire son propre outil d'appréciation continue de la qualité du service rendu par la MDA.

B. Méthodologie de l'évaluation

La principale méthodologie utilisée dans le cadre de cette évaluation a consisté en la mise en œuvre d'entretiens, retranscrits dans leur intégralité, auprès de jeunes, des professionnels internes à la MDA, de partenaires extérieurs ainsi que de membres du GIP.

1. Une analyse descriptive des données de la MDA

Nous avons exploité la base de données de la Maison des adolescents (fichier concernant le suivi des jeunes), ainsi que les différents rapports d'activité afin d'obtenir des éléments descriptifs sur le public accueilli et les actions menées. Cette analyse nous a permis, d'une part, de mieux appréhender la population jeune suivie et orientée par la MDA et, d'autre part, de mieux cerner les indicateurs d'activités existants afin d'en définir d'autres qui s'avèreraient complémentaires et nécessaires au suivi de l'activité de la MDA.

2. Une approche qualitative sous forme d'entretiens²

a) Les entretiens avec les professionnels de la MDA

Nous avons rencontré l'ensemble de l'équipe salariée de la Maison des adolescents ainsi que les intervenants spécialisés (18 personnes) afin d'appréhender leur activité au quotidien, l'évolution de

² Cf. liste des entretiens en annexe.

leurs pratiques -tant dans le rapport avec le public qu'avec les partenaires-, les difficultés qu'ils peuvent éventuellement rencontrer, les ressources mobilisées ou à mobiliser (de l'ordre de la formation, de partenariats à développer par exemple), leur point de vue sur l'intérêt et les limites de la MDA et leurs attentes quant aux perspectives d'évolution de cette structure.

b) Les entretiens avec les professionnels partenaires du réseau de proximité de la MDA

21 entretiens ont aussi été menés auprès des principaux partenaires opérationnels de la MDA, à Nantes et à Saint-Nazaire. Pour l'antenne de Saint-Nazaire, nous avons, en outre, rencontré plusieurs participants à deux groupes ressources dont le fonctionnement semblait relativement contrasté (Pornic et la Carène) en veillant à avoir une représentation variée des secteurs d'activité et des professions. Des personnes ayant sollicité les groupes ressources sans en être membres ont également été interrogées. Nous avons aussi réalisé quelques entretiens avec des professionnels non partenaires de la MDA et vis-à-vis desquels les professionnels de la MDA seraient en attente de collaboration.

Ces entretiens ont porté sur l'image de la MDA, la nature du partenariat, l'intérêt et les limites de l'activité de la MDA, les attentes vis-à-vis de cette structure, le point de vue des professionnels quant à une complémentarité ou non de l'activité de la MDA en lien avec d'autres formes d'intervention (en terme d'action, de prise en charge du jeune) et sur les perspectives de développement du travail partenarial et de l'activité de la MDA.

c) Les entretiens avec les partenaires institutionnels de la MDA

Nous avons également rencontré 14 partenaires institutionnels membres du GIP. Ces entretiens ont porté sur la nature du partenariat, les implications du fonctionnement en GIP (financement, partenariat,...), l'intérêt du comité départemental d'animation (CAD), l'image de la MDA, l'intérêt et les limites de l'activité de la MDA, les attentes vis-à-vis de cette structure, et sur les perspectives de développement de l'activité de la MDA.

d) Les entretiens avec le public de la MDA

En outre, nous avons interviewé 11 jeunes fréquentant ou ayant fréquenté l'antenne nantaise de la MDA. Ces entretiens visaient une approche compréhensive, attentive à la perspective subjective, du parcours. Les échanges ont porté sur la façon dont ils ont connu et sont venus pour la première fois à la MDA, leurs représentations de la MDA (comme centre de soins ou comme centre d'orientation par exemple), leurs attentes (au départ et aujourd'hui), leur perception des professionnels, des réponses et de l'accompagnement qui leur est apporté... Dans un souci de respecter le souhait de confidentialité de la fréquentation de la MDA Les jeunes ont été sollicités par les accompagnants

sociaux de la MDA qui nous ont ensuite transmis une liste de contacts. Cette façon de procéder introduit un biais qu'il était difficile de contourner. En effet, le choix des jeunes, bien que guidé par nos critères, était opéré par les intervenants et, surtout, les jeunes acceptant un entretien dans le cadre de l'évaluation étaient susceptibles de le faire par reconnaissance envers l'accompagnant.

Nous avons cherché à respecter un équilibre en fonction :

- ❖ du sexe (mais cela s'est avéré au final difficile dans la mesure où peu de garçons ont accepté un entretien ; nous avons ainsi rencontré 3 garçons pour 8 filles),
- ❖ de l'âge (une majorité des entretiens ont été conduits auprès de jeunes de 14 à 17 ans (5 entretiens) mais nous souhaitions aussi en rencontrer parmi les plus jeunes (2 entretiens avec des 11-13 ans) et parmi les plus âgés (4 entretiens avec des 18-22 ans).
- ❖ Les entretiens se sont également avérés variés du point de vue de l'origine sociale des jeunes (catégories socio-professionnelle des parents comprenant des ouvriers, des employés, des professions intellectuelles, des cadres supérieurs et des professions libérales ; des parents au chômage également) et des problématiques rencontrées.

Un entretien collectif a également été réalisé auprès de jeunes internes du lycée Aristide Briand de Saint-Nazaire (4 garçons et 5 filles entre 16 et 18 ans, en lycée général et professionnel). Les jeunes avaient été sollicités par une conseillère principale d'éducation de l'établissement, sur la base du volontariat. Il s'agissait de jeunes ne fréquentant pas la MDA. L'objet de cet entretien était d'appréhender les représentations qu'ils avaient de la MDA, sans pour autant y avoir été pris en charge et de recenser leurs attentes quant à cette structure. Dans le cadre de cet entretien collectif, nous n'avons pas interrogé les jeunes sur la situation individuelle par souci de respect de la confidentialité.

Enfin 4 entretiens ont été réalisés avec des parents de jeunes fréquentant la MDA (3 mères et 1 père) de milieu sociaux variés (ouvrier, professions intellectuelles, professions intermédiaires). Les échanges ont porté sur la façon dont ils ont connu et sont venus pour la première fois à la MDA, leurs représentations de la MDA (comme centre de soins ou comme centre d'orientation par exemple), leurs attentes (au départ et aujourd'hui), leur perception des professionnels, des réponses et de l'accompagnement qui a été apporté à leur enfant.

e) Les entretiens avec d'autres MDA

Enfin, nous avons également interviewé 5 autres responsables de MDA, choisies de manière aléatoire et fonctionnant avec un mode de gouvernance différent (hôpital, association, GIP), afin de mieux saisir la plus-value éventuelle du mode de fonctionnement en GIP choisi par la MDA 44.

3. Participation à différentes réunions

- ❖ *5 juin 2012* : présentation de la démarche d'évaluation à l'équipe MDA
- ❖ *10 juillet 2012* : rencontre avec le groupe projet évaluation
- ❖ *17 septembre 2012* : présentation au CAD de la démarche d'évaluation
- ❖ *9 octobre 2012* : participation à la réunion bilan des groupes ressources de Saint-Nazaire
- ❖ *28 novembre 2012* : Groupe projet évaluation

II. État des lieux de l'action de la MDA 44

A. L'accueil et l'accompagnement du public

Le premier angle d'approche que nous souhaitons privilégier pour cette évaluation était celui de l'analyse du parcours du jeune, tant d'une manière qualitative, au regard de leur représentation de la MDA (maison de soins, lieu d'information, lieu d'orientation sanitaire, sociale et juridique, lieu où l'on peut parler librement sans être jugé...) et de son fonctionnement (rapport aux professionnels notamment), que d'une manière quantitative. Cette analyse prend à la fois en considération la dimension santé et sociale des parcours. La première mission de la MDA est donc analysée dans cette perspective.

1. Mise en perspective : recevoir les adolescents et leurs familles

Au regard de cette première mission de la maison des adolescents, quelques constats descriptifs méritent d'être mis en évidence concernant l'accueil du public.

On peut tout d'abord relever une augmentation importante du public « nouveau jeune » reçu à la MDA. Ainsi, les accueils physiques sont passés de 397 en 2007 à 764 en 2011 pour la seule antenne nantaise (soit 981 nouveaux jeunes au total en y ajoutant l'antenne de Saint-Nazaire), ce qui donne un nombre de passages à la MDA (en y incluant les jeunes déjà venus) qui passe de 967 en 2007 à 3033 en 2011. À Nantes, on constate également une représentation du genre féminin qui reste au-dessus de 50% (alors qu'à Saint-Nazaire le sexe ratio est inversé).

L'âge médian des jeunes reçus en 2011 (16 ans à Nantes, 15 ans à Saint-Nazaire), semble confirmer la tranche d'âge cible de la MDA (11-21 ans). Cependant plusieurs partenaires extérieurs relèvent le manque de relais pour l'accueil des 21-25 ans.

« En termes de relais, quand c'est pour les jeunes... soit les jeunes peuvent être suivis en pédiatrie, là il n'y a pas de soucis. Après, c'est la MDA, ça va aussi. Mais quand on est sur des tranches d'âges sur les 22-25 ans, c'est beaucoup plus compliqué ». (Responsable du Planning familial)

On note également que les principaux modes de connaissance de la structure restent identiques depuis sa création. Il s'agit de l'Éducation Nationale (au-dessus de 20% entre 2007 et 2011, avec un pic à 43% en 2009), du travail social (aux alentours de 15% entre 2007 et 2011), des professionnels de santé (au-dessus des 10% entre 2007 et 2011) et du bouche-à-oreille (de 9% en 2007 à 23% en 2011). L'augmentation constante de la place du bouche-à-oreille parmi les modes de connaissance constitue d'ailleurs un signe du degré de confiance des jeunes quant à la qualité de l'accueil et de la prise en charge. On note toutefois que l'item « famille » est en baisse (10% en 2007 à 4,8% en 2011) et que le secteur « animation » reste très faiblement représenté (1,1% en 2011) mais qu'il existe sur ce plan une différence importante entre Nantes (0,8%) et Saint-Nazaire (2,3%) qui peut sans doute

être en partie expliquée par l'important travail de réseau qui s'effectue dans le territoire nazairien (cf. infra).

Par ailleurs, on constate que le nombre de demandes d'entretien (et donc de besoins identifiés) après le premier accueil physique se situe au-dessus des 75% sur la période 2008-2012, ce qui semble indiquer que les fonctions et les missions de la MDA sont bien identifiées. Ce point est d'ailleurs conforté par les animatrices d'accueil :

« Je trouve que la communication doit être bien faite parce qu'on a très peu d'erreurs, en tous cas, il y a peu de jeunes qui viennent ici en pensant que c'est un club de jeunes ou en cherchant une autre info que celle que l'on propose » (Une animatrice d'accueil)

L'augmentation des rendez-vous, peut également être soulignée : de 124 en 2009 et 123 en 2010, ils passent à 171 en 2011. Cette variation peut être expliquée pour des raisons géographiques (distance entre le lieu d'habitation du jeune et la MDA) » mais aussi par la diminution de la disponibilité des accompagnants sociaux qui fragilise l'accueil sans rendez-vous au regard de l'augmentation du nombre de jeunes venant à la MDA.

2. L'organisation des parcours d'accompagnement

Afin de mieux comprendre les différents parcours d'accompagnement qui peuvent se dessiner au sein de la MDA, il nous a semblé utile de réaliser un schéma modélisant les données que nous avons recueillies (cf. schéma ci-dessous).

Ce schéma permet de mettre en évidence **deux** propositions d'orientation dans le suivi du jeune suite à la réunion clinique³.

La première est celle du *réseau de soins interne*. Sur ce point, on observe que les principales propositions d'orientations se font en direction des accompagnants sociaux (de 27% en 2007 à 65% en 2011). Cet aspect peut être mis en relation avec la stabilité de l'équipe depuis son début mais aussi avec les formations suivies par les professionnels, ces deux éléments permettant une bonne prise en compte des problématiques des jeunes et un développement des capacités à y répondre.

La deuxième orientation est celle du *réseau de soins externe*. On note que ce réseau est moins interpellé depuis l'ouverture (de 22% en 2008 à 12% en 2011).

On peut aussi souligner que le nombre moyen d'entretiens par jeunes accompagnés est en augmentation (de 2,4 en 2007 à 3,7 en 2011) ce qui représente 768 entretiens réalisés en 2007 et

³ Il peut être fait plusieurs propositions aux jeunes, ce qui peut expliquer les différences de chiffres.

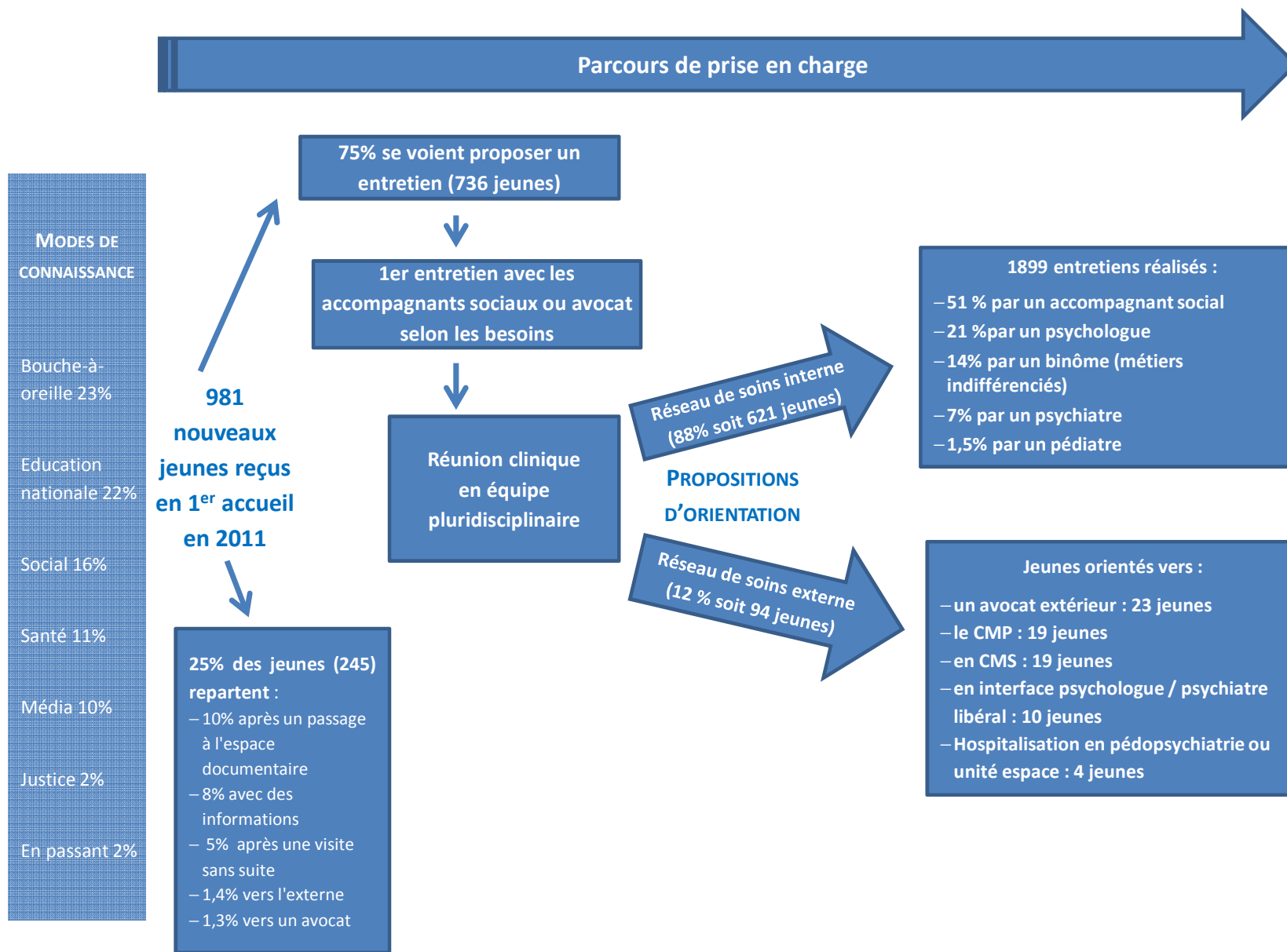
2598 en 2011⁴). Les entretiens post-réunion clinique sont réalisés à 51% par l'accompagnant social, 21% par un psychologue, 7% par un psychiatre, 2,5% par un pédiatre, 14% par un binôme (métiers indifférenciés).

Enfin, les « relations familiales », « scolarité », « estime de soi » et « dépression » restent toujours les premières raisons évoquées par les jeunes dans la sollicitation de la MDA, ce qui est confirmé dans les entretiens avec les professionnels de la MDA :

« Les trois principaux, c'est inchangé depuis le début, c'est : relations familiales, stress/déprime et scolarité. C'est la scolarité qui est le plus mis en avant et je crois que c'est dans « Scolarité » qu'il y a le plus d'écart entre le pourquoi les jeunes viennent et l'évaluation du professionnel. C'est dans « Scolarité » qu'il y a le plus d'écart parce que c'est ça qui est mis en avant mais souvent ce n'est pas ça, enfin, si, mais c'est le symptôme, c'est la conséquence. » (Un accompagnant social)

Il existe cependant des variations dans les raisons évoquées par les jeunes, par exemple sur les relations familiales (75% en 2007 à 44% en 2011), et sur la violence (40,6% en 2007 à 7% en 2011). Ces écarts pourraient être expliqués, à la fois par certains recouvrements des items proposés dans la base de données, mais aussi par des difficultés pour renseigner et catégoriser ces différents items. Par exemple, la demande d'un adolescent insulté à l'école est-elle classée dans « violence » ou dans « milieu scolaire » ? Une clarification des items et de la logique de classification globale (par milieux problématiques ou par types de difficultés rencontrées...) ainsi qu'un renseignement plus fin, par les professionnels, des problématiques soulevées par les jeunes, pourrait permettre ainsi à une meilleure catégorisation.

⁴ Ces chiffres cumulent la première rencontre et les entretiens post-cliniques.



3. Situations et formes d'accompagnement des jeunes

L'analyse combinée des statistiques relatives à l'activité de la MDA, des entretiens avec les jeunes et des entretiens avec les professionnels de la MDA nous a permis de mettre en évidence une typologie des parcours des jeunes fréquentant la maison des adolescents. Nous avons analysé les entretiens avec les jeunes en adoptant une démarche de catégorisation empirique, par comparaison systématique, en regroupant les individus de façon inductive, selon la procédure des « tas »⁵. Ce travail de classification nous a permis d'élaborer une typologie du rapport des formes d'accompagnement des jeunes qui s'adressent à la MDA, déterminée par la nature des difficultés rencontrées par ce public et leur parcours dans le système de soin. Précisons que notre typologie n'épuise pas la variété des situations mais qu'elle vise à éclairer les différentes modalités d'accompagnement qui coexistent au sein de la MDA. Au-delà des jeunes qui sont orientés à l'extérieur dès l'accueil (où qui viennent simplement chercher une information), nous avons ainsi distingué trois grands types de situations à partir de la nature des difficultés rencontrées par les jeunes et de l'organisation de l'accompagnement proposé.

a) *L'écoute sans enjeux thérapeutiques*

Il s'agit de jeunes qui s'adressent à la MDA pour un mal-être ponctuel qui ne nécessitera pas un suivi psychothérapeutique mais une écoute compréhensive et active (difficultés à gérer la pression scolaire, harcèlement dans l'établissement scolaire, relations difficiles avec les camarades, problèmes de communication avec les parents, tensions liées à une séparation des parents, angoisse face à l'avenir professionnel...).

Ces jeunes viennent chercher à la MDA une écoute sans enjeu thérapeutique et des conseils pratiques pour mieux gérer les situations délicates auxquelles ils ont à faire face au quotidien. Pour eux, le fait de pouvoir s'adresser à une personne qui n'est pas « *psy quelque chose* », tout en étant un professionnel qualifié, est important.

L'accompagnement au sein de la MDA ne nécessite généralement pas d'orientation vers des partenaires extérieurs et peut être limité à quelques entretiens avec un accompagnant social. L'accompagnement peut être réitéré ensuite lorsqu'une situation difficile à gérer pour le jeune se présente à nouveau. Les jeunes apparaissent d'ailleurs rassurés de savoir qu'à tout moment ils peuvent revenir à la MDA.

⁵ Grémy J.-P. et Le Moan M.-J. (1977) « Analyse de la démarche de construction de typologies dans les sciences sociales », *Informatique et sciences humaines*, n°35.

C'est le cas de Quentin, 12 ans, qui s'est adressé à la MDA parce qu'il subissait le harcèlement de ses camarades de collège. Sa mère, se sentant démunie pour aider son fils à gérer cette situation a trouvé la MDA en cherchant l'information sur internet ; elle veut également s'assurer que cette difficulté de son fils ne cache pas un problème plus important qui nécessiterait un suivi psychothérapeutique. Quentin, quant à lui, souhaitait pouvoir parler librement de ce qu'il vivait mais également avoir des clés pour décrypter la situation et des conseils sur les comportements à adopter pour améliorer les choses. Après quatre rendez-vous avec un accompagnant social, Quentin a l'impression de mieux gérer la situation, même si son problème n'est pas complètement résolu. Il pense qu'il n'a plus besoin de la MDA pour le moment mais, s'il est de nouveau en difficulté, il reviendra. Sa mère est contente que son fils ait pu bénéficier de cet appui qui a permis selon elle d'apaiser la situation. Elle regrette cependant que l'on ne lui ait pas donné de conseils pour aider son fils ensuite au quotidien. Pour Quentin, la MDA représente : « un endroit où on peut rencontrer des gens pour vous aider, faire avancer les choses, mieux comprendre, avoir un autre point de vue ou un point de vue tout court, s'il n'y en a pas d'autres ».

b) Le tremplin vers le soin

Cette situation concerne des jeunes qui s'adressent à la maison des adolescents pour un mal-être plus profond et durable (qui peut se traduire par des addictions, des conduites violentes, d'automutilation, des troubles de l'alimentation ou du sommeil, des états dépressifs, un risque suicidaire...) qui nécessitera un suivi thérapeutique extérieur.

Il n'est pas rare que ces jeunes aient déjà été pris charge dans le réseau de soins antérieurement dans leur parcours (psychiatre ou psychologue en libéral, services de pédopsychiatrie...) et, qu'insatisfaits des réponses proposées (délais d'attente, faible interactivité des échanges avec le soignant, fin de la possibilité de prise en charge en pédopsychiatrie pour des raisons d'âge, changement de secteur géographique...), ils aient préféré s'adresser à la MDA.

Ces accompagnements peuvent alors supposer la mobilisation des intervenants spécialisés à l'interne afin de permettre une identification plus claire du problème, une (re)mise en confiance du jeune et un meilleur lien avec les services externes adaptés (pédiatrie, CMP, structure d'addictologie, nutritionniste...). Il s'agira également de proposer un accompagnement dans l'attente qu'une solution extérieure soit effectivement possible (notamment du fait des délais d'attente dans les CMP).

C'est le cas de Faustine, 18 ans, qui s'est adressée à la MDA pour des troubles dépressifs et des problèmes de sommeil. Elle a avait déjà été suivie par un CMP pour enfants et adolescents lorsqu'elle était en 6^{ème}, pour le même type de troubles, et c'est d'abord cette structure qu'elle sollicite quand le problème se présente à nouveau. Cependant, désormais trop âgée pour la pédopsychiatrie, elle est orientée à la MDA. En arrivant à la maison des adolescents, elle s'attend à être reçue par un psychologue mais, finalement, elle est plutôt contente de l'accueil qui lui est proposé. Elle trouve agréable d'avoir d'abord un premier contact sans enjeu thérapeutique avec un accompagnant social même si elle souhaite, à terme, pouvoir bénéficier d'un suivi thérapeutique. À la suite de la réunion clinique, il lui est effectivement proposé un accompagnement par un psychologue intervenant à la MDA. Elle le voit régulièrement (toutes les deux semaines puis toutes les semaines) pendant trois mois ; le psychologue lui propose également des adresses de sophrologues à l'extérieur pour mieux

gérer son stress mais cela ne semble pas nécessaire à Faustine de faire cette démarche. Après ces trois mois de suivis, ses problèmes se sont arrangés ; elle très heureuse de l'aide qui lui a été apportée et s'adressera de nouveau à la MDA en cas de difficulté.

c) Le dénouement des situations complexes

Il s'agit de jeunes cumulant de multiples problèmes (souffrance psychique, violences intrafamiliales, placement mal vécu, déficience du cadre éducatif...).

Ces jeunes sont bien souvent adressés à la maison des adolescents par des professionnels extérieurs eux-mêmes mis en difficulté dans l'accompagnement qu'ils proposent (éducateurs de maisons d'enfants à caractère social (MECS) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), assistantes sociales ou infirmières d'établissements scolaires, éducateurs de prévention...).

Ces situations vont nécessiter un accompagnement plus lourd, impliquant un pluri partenariat et une pluri professionnalité dont les accompagnants sociaux vont être les principaux acteurs. L'accompagnant social peut alors faire office de référent pour le jeune ; il mobilise les différents relais à sa disposition (services sociaux, protection de l'enfance, hébergement d'urgence, suivi thérapeutique...) et organise les liens avec les différents professionnels concernés. L'accompagnement comporte une dimension importante de concertation avec les autres professionnels concernés. Il peut également supposer des interventions dans l'urgence (signalements, mise à l'abri...).

C'est le cas de Marie, 17 ans, qui s'adresse à la MDA sur les conseils d'un psychologue de son lycée. Elle voyait des psychologues scolaires depuis huit ans pour des troubles du comportement et était régulièrement en contact avec des assistantes sociales scolaires ; elle a également eu l'occasion de consulter un psychologue dans un service de pédiatrie. Sentant cependant que sa situation n'avance pas, elle se décide à se rendre la MDA. Elle décrit ce moment comme un tournant dans son parcours. Dès son arrivée à la MDA, l'accompagnant social prend les choses en main et envoie une information préoccupante au Conseil général. Il contacte l'assistante sociale de secteur et se met également en lien l'assistante sociale et le psychologue de l'établissement scolaire. Parallèlement, il continue son travail d'écoute et, lorsque le relais est passé avec les assistantes sociales du Conseil général, il prend contact régulièrement avec la jeune fille pour s'assurer que tout va bien. En quelques mois, Marie est placée par le juge qui demande à ce qu'elle entame également un suivi thérapeutique. Sachant que la MDA ne peut pas lui proposer de suivi sur le long terme, elle s'adresse à un CMP mais, dans la mesure où il n'y a pas de place pour elle dans l'immédiat, elle décide de retourner voir l'accompagnant social qui lui propose d'être suivie par un psychologue de la MDA en attendant qu'une place se libère en CMP.

Cette catégorisation des situations rencontrées et des parcours de jeunes met en évidence les différents types d'accueil et d'accompagnement qui peuvent être proposés au sein de la MDA ainsi que la nature très différente des compétences et des postures professionnelles qui doivent être mobilisées. À cet égard, il est dommage que le rapport d'activité ne mette pas plus en évidence le

travail partenarial approfondi mis en place dans le cadre de l'accompagnement des situations complexes. Un indicateur de l'importance du travail partenarial dans les suivis pourrait ainsi être élaboré, en concertation avec les professionnels de l'équipe, afin de valoriser cette partie de leur activité, tout en évitant de trop alourdir leurs tâches administratives. Par exemple, un signalement par les équipes de la MDA des situations complexes qu'elles ont à traiter, assorti d'un rapide descriptif de la situation et des solutions apportées (sur le modèle des descriptions de situations qui figurent au début du rapport d'activité) pourrait, ce titre, être éclairant.

Cette catégorisation met également en évidence les difficultés d'orientation vers le réseau externe, particulièrement quand les situations relèvent du « tremplin vers le soin ». À cet égard, les difficultés rencontrées par les autres structures (file d'attente notamment), ainsi que les problèmes liés au passage de relais lorsqu'on a réussi à construire un lien avec un jeune, ont un rôle sur la structuration des parcours des jeunes (cf. infra « Le regard porté sur la mission d'accueil et d'accompagnement par les jeunes et les parents »). Sur ce point, un travail de lien plus systématique (échange téléphonique lors d'un passage de relais, accompagnement physique des jeunes dans certains cas, premier rendez-vous en binôme MDA/partenaire, par exemple) avec les partenaires extérieurs (CMP par exemple) pourrait faciliter la transition d'une structure à l'autre ; un travail d'interconnaissance avec les psychiatres libéraux pourrait également s'avérer utile. Les accompagnants sociaux, issus du secteur socio-éducatif, ont sans doute plus de facilité à effectuer ce lien avec le secteur social par exemple ; un travail de mise en lien avec les équipes du secteur psychiatrique faciliterait sans doute ces pratiques.

4. Le regard porté sur la mission d'accueil et d'accompagnement à l'interne

a) L'équipe de la MDA

Les professionnels de la MDA mettent en avant le caractère passionnant de leur pratique notamment du fait qu'il s'agisse d'une structure nouvelle où tout semble à créer, à inventer. Ils soulignent que la perspective pluridisciplinaire est un réel apport pour leur pratique :

« [À propos des inquiétudes des parents qui s'expriment dès l'accueil] Je crois qu'avec l'aide des réunions cliniques j'ai appris à écouter et savoir quoi répondre, à rassurer et à m'autoriser à prendre le temps de cette écoute avec les parents. Maintenant, c'est plus facile avec l'expérience, et puis on a eu une formation sur l'écoute, un ou deux ans après l'ouverture, parce qu'on avait une demande à tous les niveaux, accueil, accompagnants sociaux, qui, eux, étaient confrontés à un autre style d'écoute. En fait, je crois qu'on a dû tous réapprendre. On venait chacun d'un métier différent, on a dû tous créer nos postes. » (Une animatrice d'accueil)

Le temps consacré aux échanges et à la réflexivité, notamment à travers les réunions cliniques est, à ce titre, particulièrement apprécié :

« Ce que je trouve être une chance aujourd'hui, à la MDA, c'est d'avoir des outils et du temps consacrés pour pouvoir se poser, réfléchir à ce qu'on fait avec les adolescents et se nourrir de théories, d'autres pratiques, pouvoir s'enrichir et toujours essayer d'évoluer dans notre propre pratique. A l'heure actuelle, c'est vraiment super parce que c'est vrai que, dans le social, on a un peu l'impression que tout le monde court et que les institutions, justement, rognent sur tous ces temps-là : les temps de formation, les temps de rencontres, les temps de partage, les temps où on se pose pour réfléchir à ce qu'on fait. On peut avoir le sentiment que ça coûte cher mais, pour moi, ça fait partie du boulot. Et à la MDA, on est encore préservés de ça. » (Un accompagnant social)

Les professionnels relèvent cependant l'augmentation constante du public reçu qui fragilise la réactivité de l'accueil :

« Il ne faut pas qu'on soit pris par le temps sur un premier entretien mais, si vraiment on l'est, comme c'est arrivé certains mercredis ou certains samedis après-midi où l'un de nous était tout seul, on se dit : « je vais recevoir le jeune, je vais lui présenter la MDA, je vais écouter pourquoi il vient et je vais lui expliquer que : 'vous avez vu, la salle d'attente, le nombre' et que je ne peux pas, mais qu'on se prend rendez-vous pour avoir du temps ». [...] Il faut qu'on maintienne le sans rendez-vous, avec le risque d'engorgement, parce qu'il n'y a pas beaucoup d'endroits où on peut être reçu comme ça. Donc, il faut qu'on le maintienne et qu'on ait le temps. » (Un accompagnant social)

« La question du sans rendez-vous, c'est aussi une grande question, ça. A la fois, c'est vraiment bien parce que ça permet d'accueillir le jeune qui vient parce que c'est à ce moment-là qu'il ne va pas bien. Là, je trouve que c'est vraiment pertinent. Et, en même temps, nous, au niveau de nos plannings, c'est une galère d'organisation pas possible ! Quand un mercredi après-midi, on a cinq, six, rendez-vous et qu'en plus, il faut voir les nouveaux entre chaque rendez-vous, forcément, à la fin de l'après-midi, on n'est plus autant à l'écoute » (Un accompagnant social)

À cet égard, les professionnels s'inquiètent également de la multiplication des activités, notamment à Saint-Nazaire où la petite taille de l'équipe, les plages réduites d'accueil du public, les temps de trajet liés aux secteurs d'intervention ainsi que l'importance de l'implication dans le travail en réseau, créent des périodes de tensions fortes pour continuer à assurer un accueil de qualité. Bien que de configuration différente, les professionnels de la MDA de Nantes ont aussi soulevé cette problématique de l'articulation entre prise en charge et développement d'activités.

Les professionnels de la MDA constatent, en outre, que leurs pratiques se sont progressivement ajustées à la réalité des situations et, notamment, que la place des parents dans l'accompagnement a été repensée et qu'elle est désormais mieux prise en considération.

« Les rendez-vous parents. Il y en a beaucoup qui doivent dire : « On est la maison des ados, les parents, on les laisse dehors ! » (rire) Non, mais disons que ce sont des entretiens beaucoup plus compliqués que les entretiens avec les ados. Il se passe des choses beaucoup plus complexes, parce que c'est chargé d'énormément d'histoire. Il y a l'histoire actuelle de l'ado et de ses parents et il y a la propre histoire des parents derrière. Ce sont des rendez-vous qui sont chargés en émotion, qui sont complexes parce qu'il faut faire attention aux parents autant qu'on doit faire attention aux adolescents [...] Du coup, on a décidé qu'on les faisait à deux [les entretiens parents]. Ça, c'était bien.

Et surtout, on a décidé aussi qu'on différait énormément et qu'on essayait de les recevoir seulement si on avait reçu les jeunes. [...] Et, du coup, ce n'est pas la même personne qui reçoit le jeune et qui reçoit les parents parce que, sinon, on est parasités. On reste des êtres humains ; une fois qu'on a entendu la version de quelqu'un, c'est compliqué de ne pas être parasité ». (Un accompagnant social)

Les rapports d'activité confirment d'ailleurs que les « entretiens en présence des parents » se sont développés (de 4,2% en 2008 à 10,2% en 2010). Ils soulignent cependant que des difficultés de positionnement demeurent à cet égard et qu'ils ne sentent pas toujours bien outillés pour gérer ces situations :

« Je me suis rendue compte depuis que je suis ici, que je manquais d'outils dans l'animation, la co-animation et la façon de mener des entretiens avec les familles. Ça, c'est quelque chose que j'aimerais vraiment approfondir pour me sentir un peu plus armée par rapport à ça ; là, je fais comme je peux ! » (Un accompagnant social)

« Bien sûr qu'on va recevoir les parents, mais est-ce qu'on pourrait réfléchir à un peu plus, peut-être, une ligne de conduite un peu plus générale pour mieux accueillir les parents, ou différemment, plus penser l'outil. On a bien pensé l'outil « accueil des ados », peut-être moins celui des parents » (Un accompagnant social)

b) Les intervenants spécialisés

Les intervenants spécialisés sont eux aussi enthousiastes concernant leur activité à la MDA. Ils soulignent que la maison des adolescents permet d'être un « sas » vers les autres structures, notamment les structures de soin, et qu'elle remplit bien sa fonction de « maison ».

« Moins de stigmatisation, moins de craintes parce que c'est un dispositif qui est plus léger : le fait de l'anonymat, de la gratuité ; le fait qu'on ne s'inscrive pas non plus dans des suivis extrêmement longs. Je pense que, tout ça, ça permet un abord plus simple. Une Maison, ce n'est pas un hôpital, c'est un lieu où on peut soigner, où on peut se poser, récupérer, échanger. Et puis, c'est pour les adolescents, donc ce n'est pas pour des malades. C'est important ». (Un intervenant spécialisé)

Selon eux, elle permet notamment une meilleure articulation avec le milieu hospitalier.

Ce qui est intéressant, c'est que j'arrive à être avec des jeunes qui sont vraiment en souffrance, qui nécessitent vraiment des soins clairement psychiatriques, j'arrive à les faire venir à des soins, alors que je les ai vus ici, alors qu'ils étaient très frileux, ils n'auraient pas poussé la porte de l'hôpital, et le fait de me voir ici, un premier temps ici, je vais leur donner un deuxième rendez-vous sur l'hôpital avant de les hospitaliser par exemple, et là c'est vraiment facilité. (Un intervenant spécialisé)

Ils apprécient également le fait que la MDA permette un réel travail interdisciplinaire et interprofessionnel.

« Alors, ce qui est intéressant, c'est l'articulation des secteurs plus hospitaliers, sanitaires et d'un champ de formation plus médico-social ou social. Il y a tout ça qui constitue, à mon avis, la richesse de l'intervention spécifique de la Maison des Adolescents. » (Un intervenant spécialisé)

« Moi je fais surtout des orientations vers le soin. Après, on en a eu... des prises en charge auxquelles j'ai participé, où on a fait des orientations plus de type social. Ça, je ne le fais jamais seul, finalement, à ce moment-là, c'est qu'on accompagne un jeune, moi et un accompagnant social. Et c'est plutôt l'accompagnant social qui aura les appels téléphoniques, voire faire les courriers, les demandes pour une entrée dans un F.J.T., dans un lieu ou une demande de placement. » (Un intervenant spécialisé)

5. Le regard porté sur la mission d'accueil et d'accompagnement par les jeunes et les parents

a) La qualité de l'accueil : souplesse et réactivité

Les jeunes fréquentant la maison des adolescents rencontrés dans le cadre l'évaluation sont unanimes quant à la qualité de l'accueil au sein de cette structure.

À cet égard, les nouveaux locaux sont particulièrement appréciés et participent à la mise en confiance du public. Le caractère accueillant, convivial, à l'image des jeunes est souligné à de nombreuses reprises ; les jeunes estiment que c'est une dimension importante qui contribue à en faire un lieu « à eux », où ils se sentent bien, et qui contraste avec d'autres lieux au sein desquels ils peuvent être habituellement accueillis (établissements scolaires, structures hospitalières... voir même domicile) :

« Peut-être, déjà, l'ambiance des locaux, parce que j'ai connu les anciens locaux. Même les anciens locaux, ils étaient bien, ceux-là, c'est encore mieux. On a plus l'impression de se sentir dans un endroit bien, calme, où on ne craint rien, que chez soi, où on a peur, et où des fois, on n'a même pas envie de rentrer chez soi. Ici, c'est plus simple à parler. Enfin, il y a l'ambiance. » (Une jeune)

Les parents et les jeunes apprécient également beaucoup la souplesse et la simplicité de l'accueil qui les rassurent. Être reçu rapidement, voire immédiatement, sans formalités administratives, sans avoir l'impression de s'engager dans un processus lourd, facilite leurs démarches.

« J'ai appelé, j'ai eu un rendez-vous très rapidement. L'accueil téléphonique et la prise en charge sont vraiment bien. [...] Ça a été assez simple, on a pris juste un rendez-vous. Elle a expliqué, surtout à ma fille, que c'était un espace pour les adolescents. Elle l'a mise en confiance, l'accueil a été vraiment sympa, ça a été assez sommaire, il n'y a pas eu de grandes explications théoriques. » (Un parent)

Sur ce point, les personnes qui ont déjà eu l'occasion de solliciter d'autres types de structures ou de professionnels pour des questions relatives à la santé mentale insistent sur le contraste avec ce qu'ils ont pu vivre à la MDA :

« Déjà, la structure est accueillante, quand on y rentre. La prise en charge est assez immédiate, et c'est quand même assez surprenant, parce que, quand on appelle les pédopsychiatres, ils sont complets pour les six prochains mois, c'est difficile d'avoir un rendez-vous, et c'est cher aussi. Là, la prise en charge est quand même rapide, et aussi gratuite, si j'ai bien compris. » (Un parent)

« Nous, quand on y était allées la première fois avec ma copine, on avait eu un rendez-vous, je crois dans les trois-quarts d'heure qui suivaient. Moi, je trouve ça hyper bien si un jour on se sent vraiment mal, ils laissent des rendez-vous pour les gens qui arrivent comme ça à l'improviste. Et je trouve que c'est vraiment pas mal parce qu'un jour où on ne se sent vraiment pas bien si on ne peut pas être accueilli, ça n'ira pas mieux et ça s'empirera. Je pense que c'est vraiment un point positif ». (Une jeune)

Cette réactivité de la réponse offerte par la MDA a d'ailleurs tendance à dissuader certains jeunes de faire appel à un autre type de prise en charge :

« Elle [l'accompagnante sociale] a essayé de me mettre en contact avec une autre structure, mais, bon, ça m'intéressait moyennement. [...] Moi, je préférais la Maison des Adolescents, ça correspondait plus à ce que je recherchais. [...] Par rapport aux prises de rendez-vous, concrètement, il fallait attendre, et moi, quand je voulais prendre rendez-vous, j'aime bien quand c'est assez rapide ». (Une jeune)

Mais la préférence pour un accompagnement à la MDA ne dépend pas simplement de la réactivité, elle est aussi profondément liée à la spécificité de l'accompagnement proposé. En effet, si les jeunes souhaitent une réponse rapide, ils souhaitent également prendre le temps de poser les choses quant à leurs problèmes et leurs besoins avant de se lancer dans une démarche plus lourde :

« C'est ça, aussi, qui est agréable ; c'est à mon rythme, en quelque sorte ». (Un jeune)

« On est à l'aise tout de suite, parce qu'on ne nous met pas la pression, genre : « vous avez un problème, c'est sûr et certain, on va vous aider. » Là, c'est plus, vraiment : « on est là, t'as un souci, on est là, on t'écoute, et si tu veux de notre aide, on va te la donner ». C'est vraiment un autre rythme. Alors que dans un hôpital, c'est on arrive, tac direct : « on va vous faire un suivi » » (Une jeune)

La question de l'orientation vers une structure extérieure est d'ailleurs un problème bien identifié par les équipes de la MDA :

« Je pense qu'il faut qu'on travaille aussi en équipe la question du relais. Comment passer le relais ? Parce que les jeunes qui viennent ici, ce sont souvent des jeunes qui ont des difficultés dans le lien à l'autre. C'est bien souvent pour ça qu'ils viennent ici, d'ailleurs, parce que ça a raté à droite, à gauche, alors, ils vont à la MDA, peut-être que là... Et, du coup, nous, on fait en sorte d'accrocher quelque chose avec eux pour qu'ils accrochent le lieu, avec nous aussi, parce que, parfois, ce sont des questions de personnes. Et une fois que le lien est fait, on les oriente. Et, du coup, c'est très compliqué parce qu'on se dit qu'on a travaillé à nouer quelque chose avec eux et, une fois qu'on a leur confiance et inversement, et qu'on a réussi à créer quelque chose, on va leur dire : « maintenant, ce serait bien que vous alliez au centre médico psychologique » ; ça, ce n'est pas simple à gérer. Et, ce travail-là, je pense qu'il faut que je l'approfondisse à mon niveau mais il faut qu'on l'approfondisse tous ensemble. [...] Parce que ça fait plusieurs situations qui me reviennent, des jeunes que j'oriente et qui reviennent en disant : « là-bas, ça ne va pas du tout, on est vachement mieux ici ! » (Un accompagnant social)

Cependant, la réticence à se tourner vers une autre forme de prise en charge s'estompe lorsque les jeunes sentent qu'ils ont réellement besoin d'un suivi approfondi. Ils semblent, en effet, comprendre assez rapidement qu'un accompagnement sur la durée dans le cadre d'une réelle prise en charge thérapeutique ne sera pas possible à la MDA :

« En fait, ici, ils ne font pas de suivi à long terme. Ce qui est dommage, parce que, moi, j'aurais préféré rester ici. Mais bon, après, ils en ont peut-être d'aussi bien là-bas [en CMP]. » (Une jeune)

La réactivité de l'accompagnement à la MDA permet ainsi aux jeunes de patienter en attendant une prise en charge extérieure :

*« Nantes, ce n'est pas mon secteur. Donc, on m'a redirigée sur un CMP qui n'était pas non plus dans mon secteur, qui m'ont redirigée sur un autre CMP. Ils doivent me rappeler, mais ce n'est pas sûr qu'ils puissent me prendre, parce j'ai bientôt 18 ans. Vu que c'est pour les adolescents... Ce qui fait que je devrais, peut-être, me tourner vers une structure pour adultes. C'est très pratique ! [...] **En attendant, vous n'avez pas pensé à revenir à la MDA ?** Ah je viens ici, aussi. Je suis venue il y a deux semaines. Et là, faut que j'aïlle pour reprendre un rendez-vous avec M. X [accompagnant social], parce que le CMP que j'ai contacté doit me rappeler lundi prochain, mais ils ne sont pas sûrs d'avoir de la place. Donc, en attendant, voilà, juste parler avec M. X, moi, ça me fait du bien, donc... » (Une jeune)*

b) Des équipes qualifiées aux compétences diversifiées

Pour les jeunes, la qualité de l'accompagnement offert par la MDA ne réside pas simplement dans l'immédiateté de l'accueil. En effet, la spécificité de la prise en charge proposée est soulignée dans la globalité des principes de l'accompagnement.

À cet égard, plusieurs jeunes ont insisté sur le fait qu'ils étaient particulièrement sensibles, au-delà de l'écoute, à la posture de conseil et de démarches actives des accompagnants sociaux notamment. Ils ne viennent pas seulement pour être écoutés et compris mais aussi pour avoir des clés pour gérer certaines situations.

Dans certaines situations lourdes, cette posture d'écoute active peut d'ailleurs se traduire par une intervention concrète :

*« **Quelle différence d'expérience entre ici et les psychologues du collège?** C'était totalement différent, parce qu'ici, j'avais l'impression qu'on me comprenait plus. Les psychologues, c'est simple, ils te regardent, et puis c'est : « Mmm, ah oui je comprends, d'accord... » Tout le temps. **Avec les six psychologues que tu as vu, c'était pareil ?** Les six que j'ai eus, c'était la même chose. Mais ça me faisait du bien de parler, donc j'y allais quand même. Et ici, j'ai eu l'impression qu'on me comprenait et qu'on essayait vraiment de m'aider. [...] Sur 5 ans de collège que j'ai fait, je n'ai pas avancé du tout. Ça ne bougeait pas, il n'y avait rien qui s'améliorait, ça allait de pire en pire. Et, je suis arrivée ici. En quelques mois, l'institution avait avancé de moitié, j'étais presque sortie de ma galère, je commençais à reprendre pied. [...] Au bout de quelques séances, Monsieur X [accompagnant social] a envoyé une situation préoccupante à l'assistante sociale. Ils se sont déplacés. Il y a un jugement entre mes parents et moi, qui a fait que j'ai été placée [...] Il y a vraiment eu quelque chose de mis en place ». (Une jeune)*

Plusieurs jeunes ont, par ailleurs, bien conscience du caractère pluri professionnel de l'équipe qui les accueille ; c'est d'ailleurs une dimension qui les amène à avoir une posture réflexive par rapport à leurs attentes en termes d'accompagnement :

*« justement le fait qu'il ne soit pas... qu'il m'ait dit qu'il [l'accompagnant social] n'était pas psychologue et qu'il était juste éducateur, ça m'a... je ne sais pas, j'étais en confiance. C'était comme si je parlais à un ami inconnu : c'était bizarre. Mais c'était agréable, c'était bien [...] J'ai trouvé ça pas mal parce que je n'étais pas tout de suite dans l'analyse de mon problème, comment résoudre... Là, c'était plus comme une discussion. C'est ça que j'ai bien aimé. C'était avant qu'on me dise... parce que j'avais souvent la peur qu'on me dise que j'étais folle ou que j'avais un truc, que j'avais vraiment un problème. Et du coup, ça fait du bien de parler à quelqu'un qui sait vous écouter mais à la fois, on sait qu'il n'est pas en train de vraiment analyser ce que vous êtes en train de dire. Du coup, c'était agréable parce que c'était une vraie discussion. De savoir que... mais, après, peut-être qu'il étudiait un petit peu ce que je disais mais je ne sais pas le fait qu'on m'ait dit que ce n'était pas un psychanalyste... [...] Ça m'a rassurée parce qu'il n'y avait pas trop le côté médical. **Si on vous propose pour le 3ème rendez-vous de voir un psychologue... ?** J'irais aussi. Oui, parce que, de toute façon, j'étais venue dans l'optique de rencontrer un psy donc, oui, j'accepterais parce que je veux comprendre aussi ce qui m'arrive. [...] Je pense que je préférerais quand même finir par être suivie par un psy pour qu'il sache vraiment... parce que, mon but, c'est quand même de savoir un peu ce que j'ai, de me trouver des solutions. Après, je ne sais pas si, lui, il en serait capable mais du coup, je me baserais plus sur le côté médical pour ça, pour trouver des solutions ». (Une jeune)*

La complémentarité des compétences introduit une souplesse au cœur même de l'accompagnement et l'impression pour les jeunes qu'il y a une réelle individualisation de la prise en charge :

« Mme B [psychologue] s'est plus concentrée sur la source du problème, et la résolution du conflit, alors que Mme A [accompagnante sociale], était plus, on va dire, à la recherche des éléments qui pourraient aider Mme B à trouver la source. C'était assez complémentaire d'avoir les deux. Et ça faisait aussi que je n'étais pas toujours face à la même personne, à rester sur la même chose. Je ne sais pas si j'explique très bien... Moi, ça m'a bien aidé d'avoir les deux ». (Un jeune)

c) L'importance de l'approche collective des situations

La richesse apportée par la pluri-professionnalité ne s'exprime pas simplement dans le fait que les jeunes apprécient la mobilisation de compétences adaptées à chaque situation, elle est également importante pour eux dans la mesure où elle permet un travail en équipe, qui assure un croisement de regards et une concertation autour de leur situation.

Cette posture rassure à la fois les jeunes et les parents quant à la qualité de l'accompagnement qui va leur être proposé, avec l'idée que leur sort ne se joue pas dans les mains d'une seule personne. Les propositions qui leur sont faites, dans la mesure où elles ont fait l'objet d'une concertation, apparaissent plus fiables :

« Et en fait, après, ils en discutaient à plusieurs médecins pour pas qu'il y ait... pour que chacun donne son opinion et que ce ne soit pas une personne fixe qui s'occupe de moi, pour qu'ils aient plusieurs avis. Et c'est ça aussi qui me plaît ici, c'est que je ne sois pas sur une seule personne et que je sache qu'ils discutent de ce qui m'arrive entre eux et que ça peut... – je ne sais pas comment dire – avoir plusieurs opinions, ça me rassure en fait. » (Une jeune)

« C'est ça aussi qui m'a beaucoup plu, et à ma maman aussi, c'est qu'ils soient plusieurs à discuter, après, de mon cas parce qu'en fait, dans notre famille, ma cousine qui avait consulté aussi et ça ne s'est pas du tout bien passé avec le psychologue... enfin bref ! Et mes parents n'étaient pas très rassurés que je voie quelqu'un et, du coup, ça nous a rassurés le fait qu'ils soient plusieurs à parler de mon cas. On va dire qu'on fait confiance à plusieurs personnes, que ce n'est pas fixé sur une personne qui pourrait, je ne sais pas, me trouver des problèmes là où je n'en ai pas, on va dire, ou l'inverse. Le fait qu'ils en parlent tous ensemble, moi, ça me rassure, même moi ». (Une jeune)

d) Un flou quant à la place des parents dans l'accompagnement

Les entretiens avec les parents révèlent toutefois quelques réserves sur la position qui leur est donnée à la maison des adolescents. En effet, certains regrettent de ne pas être plus impliqués dans l'accompagnement de leur enfant :

« J'ai un peu le sentiment en fait, que quand un adolescent rentre ici, l'adolescent est pris en charge mais indépendamment : les parents n'existent plus. [...]. Or, je ne pense pas que tous les adolescents soient en rupture avec leurs parents. Alors, je peux entendre, par contre, qu'ils aient des problèmes qu'il faille traiter en dehors des parents. Mais à l'école, c'est souvent aussi un peu le cas. Tout ce qui est psy, à l'école, on a tendance à isoler les parents, à les mettre de côté. Or, je pense que les parents font partie de la sphère... Donc, peut-être un peu plus de retour ou d'échange avec les parents, c'est pas mal non plus ». (Un parent)

D'une manière générale, les parents ne savent pas quelle place va leur être donnée et quelle est la nature des échanges auxquels ils peuvent s'attendre avec l'équipe. Ce flou peut générer des attentes chez les parents qui ne seront pas forcément comblées :

*« J'attends d'avoir un entretien, seul, aussi, peut-être, avec le... psychologue pédopsychiatre qui voit ma fille. [...] **On vous a parlé d'un entretien avec vous ?** Non, on ne m'a pas parlé de ça. Mais, moi, je trouverais ça normal que ça se fasse. J'en ferai la demande à un moment donné, je vais demander un entretien pour faire le point ». (Un parent)*

Le caractère indéterminé de la place donnée aux parents peut, à ce titre, être mis en lien avec les interrogations de l'équipe de la maison des adolescents sur la façon de gérer la relation avec les parents. Cet inconfort de l'équipe quant à la place à donner aux parents à la MDA semble conduire à laisser planer un flou qui mériterait sans doute d'être levé. Si la construction de la relation aux parents dans l'accompagnement d'un jeune dépend de chaque situation, il est sans doute possible d'explicitier, au moment de la rencontre avec les parents, les grands principes qui encadrent leur place dans l'accompagnement et le fait que les éventuels entretiens avec eux seront déterminés au fur et à mesure du suivi.

6. Le regard de jeunes n'ayant pas été pris en charge par la MDA

Dans le cadre de l'entretien collectif mené avec des jeunes ne fréquentant pas la MDA, lorsque nous leur avons demandé de nous dire spontanément ce que le terme « maison départementale des

adolescents » évoquait pour eux, deux réponses furent données. La première renvoie à une structure de loisirs pouvant accueillir des jeunes et organiser des sorties, la seconde renvoie à un lieu rempli de psychologues permettant de conseiller et d'aider lors de problèmes psychologiques.

Après une explication très succincte de ce qu'est la MDA, plusieurs points sont ressortis :

- L'importance pour les jeunes d'un lieu « gratuit » : *« Oui, c'est très important, parce qu'on n'a pas d'argent, donc en cas de paiement, il faut demander aux parents... et s'ils ne sont pas très ouverts sur cette question, on reste avec nos problèmes jusqu'à la majorité »* (une fille)
- L'importance de l'anonymat : *« c'est rassurant de ne pas donner notre nom de famille »* Certains s'interrogent cependant sur la qualité du suivi si les professionnels ne connaissent pas leur nom : *« comment peuvent-ils nous aider ? »* (un garçon)
- L'importance d'être reçu par des professionnels qui ne se présentent pas comme des « psychologues » : *« S'ils sont dedans, c'est qu'ils ont de l'expérience. Le psychologue peut être repoussoir, si on leur dit que ce n'est pas un psychologue, cela peut avoir un intérêt. C'est plus rassurant, il ne va pas faire un diagnostic en disant que c'est un psychopathe »* (un garçon).
- Une interpellation de la MDA qui peut s'envisager lorsque d'autres recours ont échoué. Les jeunes interrogés indiquent qu'en cas de souci, leurs premiers interlocuteurs pourront être les pairs (notamment en internat, *« où ils existent une solidarité contrairement à ce que se vit au lycée »*), les surveillants : *« Je sais qu'il y a eu des problèmes dans ma classe, ils peuvent aider. Les surveillants aident pas mal. Et, de temps en temps, c'est pas mal de parler à eux, il y a une proximité d'âge. Le fait d'être avec des lycéens, ils nous comprennent »*⁶ ; la famille et puis pour les jeunes filles présentes : le planning familial. Le lieu MDA peut aussi être envisagé comme un lieu-tiers : *« ... Pour ceux qui n'ont pas envie de dire à leurs parents. Cela permet de nous relâcher vers d'autres personnes, d'être dans le conseil. Ce sont des conseillers, ils peuvent nous aider et nous conseiller par rapport à nos problèmes d'âge »*

Ces différents points confortent –suite à l'explication donnée sur le fonctionnement de la MDA – l'intérêt de ce type de structure dans le cadre de prise en charge des adolescents. Ils montrent aussi, en creux, l'intérêt de développer des démarches partenariales entre les différents acteurs susceptibles de recevoir des adolescents (dans le cas cité, le planning familial) et de cibler au mieux les informations et formations en direction des personnels éducatifs (notamment ici les surveillants) susceptibles, par leur proximité, de répondre aux besoins d'orientation des jeunes.

Cependant, il reste à mieux informer les adolescents sur ce qu'est une MDA, et notamment sur le fait que les problématiques pouvant être prises en charge ne concernent pas uniquement les problèmes psychologiques (mal-être, estime de soi) mais peuvent porter sur les questions de relations

⁶ Outre les surveillants, étaient aussi cités : les assistantes sociales et l'infirmière de l'établissement.

familiales, de problèmes en lien avec la scolarité, etc. Ce point est important pour éviter qu'une image psychologisante soit attachée à cette structure et provoquer un phénomène de repoussoir.

De même, une attention plus spécifique – tant dans le domaine de l'information qu'éventuellement dans des actions de prévention – doit être portée sur la question du genre (féminin/masculin) en articulation avec le recours aux soins, à la prévention et à la santé. En effet, les différences sont assez marquées sur cet aspect. Pour les garçons présents, le fait de se rendre dans une MDA est plus propre aux jeunes filles : « *les filles, de manière générale, une fille est plus encline à parler à d'autres, alors que l'homme se replie sur lui-même* » « *les mecs règlent leurs problèmes d'une autre façon, ils se tapent dessus ou on fait la fête* ». Alors que les jeunes filles présentes estiment que cela reste un « *cliché* » et que le garçon ne souhaite pas montrer « *sa faiblesse* ». Cette distinction garçons/filles, observée dans de nombreux rapports sur la santé des jeunes⁷, doit donc aussi être une source d'attention.

7. Le regard porté sur la mission d'accueil et d'accompagnement par les partenaires extérieurs

Le regard extérieur sur cette mission ne remet pas en cause le fond de cette prise en charge et souligne le professionnalisme et le caractère interdisciplinaire des équipes de la MDA.

« Il y a un très bon suivi, ils connaissent bien les jeunes et savent très bien les orienter. Il y a une vraie qualité d'accueil quand ils sont reçus là-bas » (Un partenaire).

Cependant, quelques interrogations persistent sur la question du « manque de retour d'informations et sur un manque de lisibilité et de visibilité de ce qui s'y passe.

« Je trouve que dire qu'untel est venu » nous, ça nous rassure. Pour moi, ce n'est pas demander ce qui s'est dit, c'est de dire « Je l'ai convaincu, j'ai été efficace, il a osé y aller et pour moi c'est important. Après, il trouve ou pas ce qu'il a envie d'y trouver mais au moins, tout le travail que j'ai fait en amont a servi. C'est ce retour là qu'il faudrait que l'on ait « continuez parce que cela vaut le coup » (Personnel Education National)

Enfin, certains partenaires s'interrogent sur la fréquentation effective de la structure par les publics des quartiers de la politique de la ville.

8. Des interrogations sur le public accueilli

Outre ces différents éléments, la principale question posée porte sur les capacités d'accueil de la MDA pour des publics plus éloignés des dispositifs. Ce questionnement apparaît comme une

⁷ Voir sur ce point : Eric Le Grand : *Rapport d'évaluation ESPAIR : Éducation pour la santé par les pairs*, Fonds d'Expérimentation des jeunes, octobre 2012, 75 pages. http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_AP2_Evaluation_par_les_pairs.pdf

préoccupation centrale, notamment pour les publics issus des quartiers de la politique de la ville ou bien en difficulté sociale. Cet aspect a été notamment soulevé dans différents documents :

- Lors de l'évaluation menée par l'Agence Régionale de Santé en 2010 : « *La stratégie de la MDA 44 vis-à-vis des jeunes des quartiers défavorisés ne transparait pas clairement au travers des entretiens, des rapports d'activités et des indicateurs. Ce public spécifique mériterait certainement une attention particulière sans pour autant qu'elle soit stigmatisante pour eux*⁸ »
- Au travers de la convention constitutive du GIP en 2009 : « *La nouvelle convention constitutive, en accord avec le cahier des charges des MDA, a confirmé les missions confiées à la MDA en insistant sur les articulations avec les réseaux des professionnels existant et en précisant la nécessité de « faciliter l'accès à des adolescents et de leurs familles vivant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville »*⁹.
- Il a aussi été évoqué lors de nos différentes rencontres :

« On part du principe qu'il y a un enjeu, une question par rapport aux adolescents de ces quartiers-là, qui demandent, effectivement, du fait qu'ils soient dans un quartier prioritaire, peut-être une approche renforcée [...] Est-ce qu'ils sont si prioritaires que ça ? Peut-être que la fréquentation de la MDA nous dit que non ! [...] Quand je viens creuser avec mes collègues de Rezé, Saint-Herblain et Orvault, qui sont les trois autres villes qui ont des quartiers classés en « Politique de la Ville », la MDA, ils me disent que c'est un acteur qu'ils ont du mal à identifier. Là, ça nous pose des soucis. [...] Nos attentes, elles sont plutôt là. On se dit : « Comment nos collègues des autres villes, collègues au sens large, les acteurs des autres villes, peuvent mieux utiliser cet outil-là ? ». » (Un représentant du GIP)

La question de l'accessibilité à la MDA peut ainsi se poser (comme le soulèvent les rapports d'activité) tant en terme d'accessibilité physique (question de la mobilité géographique pour l'agglomération nantaise et pour les territoires ruraux à Saint-Nazaire) qu'en terme d'accessibilité culturelle à la santé.

« On a un territoire, c'est un territoire immense, avec une forte population. La population n'est pas qu'à proximité, donc, il faut se déplacer aussi vers eux. Après, je pense qu'on a aussi à le développer. C'est-à-dire que dans l'immédiat, on ne va que vers les jeunes qui ont été repérés et qui sont à distance, mais il y a sûrement plein d'invisibles, plein de jeunes qui ne vont pas bien mais qui n'ont pas été repérés. Comme nous on n'est pas repérés quand on est à une heure et demie d'ici, les ados ne nous ont pas repérés. Donc, ils ne vont pas venir, spontanément, pousser la porte et ils ne vont pas nous appeler pour qu'on aille vers eux. C'est une dimension difficile à évaluer, puisque ce sont des invisibles.

⁸ Rapport de synthèse de l'évaluation de l'ARS Pays-de-La Loire, 2010, p. 7.

⁹ Rapport d'activité 2009 de la MDA 44, p. 5.

Mais ils existent. Je pense que l'on a à penser à eux et à réfléchir à comment on peut agrandir et renforcer ça. » (Un accompagnant social)

Il conviendrait alors de mieux analyser la typologie des publics accueillis ainsi que le travail de réseau auprès de partenaires en lien avec des publics plus éloignés de l'accompagnement proposé par la MDA (éducateurs de prévention, animateurs socioculturels...).

Sur ce même registre, un partenariat avec les missions locales, par exemple, pourrait permettre de mieux toucher un public jeune plus vulnérable. Cela supposerait cependant un élargissement du public accueilli aux 21-25 ans :

« Nous, on souhaiterait développer un vrai partenariat avec la Maison des Adolescents. Pourquoi pas avoir une permanence d'écoute, ici, chez nous, qui ferait le lien, encore plus, entre équipes [...] On a une psychologue, en vacation, qui vient un après-midi par semaine ; c'est dans le cadre des projets proposés par l'Agence Régionale de Santé des Pays-de-la-Loire. C'est un appel à projet, tous les ans, évidemment, auquel on répond. Après, peut-être qu'il y a des choses à travailler avec la Maison des Adolescents, dans ce cadre-là. [...] Il se trouve que la première difficulté, pour nous, c'est d'abord, la tranche d'âge du public accueilli à la MDA –il me semble qu'ils doivent s'arrêter à 22 ans, de mémoire. Pour nous, la tranche d'âge, c'est jusqu'à 26, et c'est souvent... Or, chez nous, les jeunes qui sont le plus vus par la psycho, c'est la tranche 23-25 ans » (Responsable d'une mission locale)

Cet élargissement du public aux 21-25 ans pourrait également permettre une meilleure articulation avec l'élargissement du soutien aux jeunes majeurs proposé par le Conseil général dans le cadre du Contrat de soutien à l'autonomie (CSAJ).

Conclusion du point A : l'accueil et l'accompagnement du public

Les éléments analysés, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, montrent que la Maison Départementale des Adolescents depuis sa création en 2007 (Nantes) et en 2009 (Saint-Nazaire) a su trouver son public et s'inscrire comme un des outils de prise en charge des problématiques des jeunes dans le territoire départemental.

Depuis sa création, l'augmentation du nombre de jeunes semble l'indicateur d'une meilleure identification de cette structure comme pouvant offrir une réponse aux problématiques que rencontrent les jeunes. Cet aspect est à mettre en relation avec l'augmentation du mode de connaissance de la MDA par le biais du bouche-à-oreille. Ce point est intéressant car il montre le degré à la fois de confiance envers les professionnels de la structure dans les réponses apportées, mais aussi la qualité de l'accueil et de la prise en charge proposée. L'appréciation portée par les jeunes que nous avons rencontrés conforte cette dynamique. Ces derniers évoquent le caractère accueillant, convivial, la souplesse de la structure, sa réactivité... De même, les modalités de prise en charge proposées répondent plus particulièrement aux attentes des jeunes. Ils sont rassurés à la fois

par l'approche collective de leur situation, mais aussi par la posture de conseil qu'adoptent les professionnels de la MDA.

Cette structuration de l'accompagnement permet aussi de positionner la MDA comme une structure intermédiaire dans la prise en charge. Les jeunes apprécient effectivement de ne pas être directement dans un suivi psychologique (qui pourrait avoir un aspect repoussoir) et sont conscients de la différence avec un suivi thérapeutique.

Les parents reconnaissent les mêmes qualités que les jeunes à la MDA : simplicité de l'accueil, réactivité et approche collective de leur situation. Toutefois, la question de leur place dans l'accompagnement reste encore assez floue et mériterait d'être mieux précisée et mieux cernée par les professionnels. Ce point est important au regard de l'augmentation des « entretiens familiaux ».

La prise en charge proposée par la MDA reste donc un élément essentiel à préserver. Cependant, celle-ci risque, à terme, si l'augmentation de la fréquentation se confirme, d'être plus difficile à maintenir. En effet, l'augmentation du nombre de « rendez-vous » en raison, soit d'indisponibilité des accompagnants sociaux, soit pour des raisons d'éloignement géographique des jeunes, provoque des tensions dans cette prise en charge. De même, la multiplication des activités de la MDA (notamment sur la mission « fédérer et animer le réseau ») peut conduire, selon les professionnels, à fragiliser cet accompagnement.

Du côté des partenaires et professionnels extérieurs à la MDA, le regard sur son activité d'accueil ne souffre pas de remise en cause. L'ensemble reconnaît la qualité de la prise en charge ainsi que le professionnalisme de l'équipe. Cependant, des interrogations subsistent sur plusieurs points :

- La question du manque de retour d'information lorsqu'un jeune est envoyé à la MDA. Ce point soulève à la fois la question de l'anonymat mais aussi du secret professionnel. Une réflexion devrait être développée sur cet aspect.
- Que se passe-t-il réellement lorsque le jeune est pris en charge par la MDA ? Ce point pose la question de la visibilité et de la lisibilité de la démarche engagée. Bien que des informations aient été diffusées, il conviendrait de mieux préciser cet aspect.
- Une interrogation sur les publics accueillis. D'une certaine façon, la Maison des Adolescents accueille-t-elle les publics les plus éloignés des dispositifs ? Ce point est important, et ce à deux points de vue : d'une part, la MDA accueille-t-elle tous les publics ? D'autre part, cet aspect est à mettre en lien avec les financements octroyés par les collectivités territoriales (Mairie de Nantes, Saint-Nazaire, Nantes Métropole).

B. L'inscription territoriale et le partenariat opérationnel

Comme 73% des maisons des adolescents¹⁰, la MDA 44 offre une couverture départementale. Il est cependant important de souligner qu'elle s'inscrit également dans une approche territoriale et multi-sites. Dans cette perspective, le second angle d'analyse que nous avons adopté pour cette évaluation est celui d'une approche territorialisée du dispositif MDA. En effet, la configuration spécifique des partenariats, ainsi que la nature des difficultés rencontrées par les populations au niveau local, peuvent avoir une incidence à la fois sur la nature des activités de la MDA mais aussi sur les demandes émergentes dans le territoire, tant du point de vue du public potentiel que du point de vue des professionnels du réseau de proximité. Nous avons donc choisi d'analyser les deux autres missions de la MDA (« *Fédérer, animer et former le réseau des professionnels de l'adolescence du Département. Impulser une réflexion et développer ou participer à des actions sur le champ de la prévention* » ; « *Être un centre de ressources et d'informations pour tous et un centre de recherche épidémiologique.* ») à travers cette perspective.

1. Mise en perspective

a) *Fédérer, animer et former un réseau de professionnels et développer des actions de prévention*

Concernant cette seconde mission de la MDA, le rapport d'activité 2007 souligne qu'il s'agit d'« *améliorer l'animation et la coordination du réseau des acteurs professionnels et bénévoles en responsabilité d'adolescents* » mais aussi d'« *améliorer les compétences de ces mêmes professionnels et bénévoles* ». Il précise que cette action doit reposer sur un principe : « *Il est nécessaire de rappeler que la MDA ne doit pas se substituer aux missions et responsabilités de chacun des acteurs de son propre réseau. Cette position particulière d'avoir pour mission d'animer et de coordonner le réseau et d'en être en même temps un des acteurs conduit à s'appuyer sur l'existant pour inscrire durablement nos missions sur les territoires* ». La MDA a donc une vocation départementale que dépasse le simple accueil des jeunes.

Pour structurer sa démarche territoriale, la MDA s'est appuyée sur le Comité d'Animation Départementale (CAD) et les 6 Comités d'animations territoriaux (CAT) (au regard des Délégations Solidarités du Conseil général)¹¹. Un programme d'actions, présenté en Assemblée Générale, a été

¹⁰ *Enquête nationale sur les maisons des adolescents*, « Statuts, missions et travail en réseau », Maison des adolescents du Calvados, septembre 2011.

¹¹ Les 6 comités d'animations territoriaux sont : Ancenis ; Blain-Chateaubriand ; Vignoble ; Saint-Nazaire ; Pays de Retz et Nantes Métropole. En 2009, certains secteurs de CAT ont été reconfigurés en deux territoires distincts afin de mieux répondre aux besoins territoriaux (CAT Blain ; CAT Chateaubriant ; CAT Grandlieu-Machecoul-Logne ; CAT Retz-Atlantique).

élaboré pour chaque CAT en 2010. Cependant « *ce travail d'animation et de coordination des partenaires des différents territoires s'est trouvé « ralenti » par des moyens que le contexte budgétaire des différents membres du GIP n'a pu développer* »¹².

Dans le cadre de cette seconde mission, la démarche de la MDA se situe à la fois :

- Sur un volet d'intervention de prévention, en accompagnement de projet ou en intervention ponctuelle. Cet aspect concerne des sollicitations provenant d'organismes divers sur le développement de projet, la mise en œuvre ou bien l'intervention auprès de jeunes. Dans ce cadre, le positionnement de la MDA s'inscrit dans la thématique générale du bien-être adolescent autour du développement des compétences psycho-sociales et réoriente les demandes concernant des problématiques plus spécifiques (par exemple : l'addiction) vers des organismes spécialisés. Dans cette perspective, la mise en place, en 2011, d'un groupe de coordination des actions avec l'École des Parents et des Éducateurs et l'Ancre permet de mieux structurer les réponses aux acteurs sollicitant des interventions et/ou accompagnements de projet. Le nombre d'accompagnements de projet était de 17 en 2009, de 3 en 2010 et de 9 en 2011 ; quant aux interventions ponctuelles, elles étaient 7 en 2009, 20 en 2010 et 44 en 2011.
- Sur l'organisation de journées d'étude : « *Les mobilités adolescentes...quels enjeux ? Penser la mobilité pour mieux les accompagner* » à Vallet en 2010 ; « *L'art de bien traverser les tempêtes en équipage* » en 2011 ; organisation d'une première journée de séminaire de rencontres sur les jeunes « *Dans la rue et à la rue* » de la Carène à Saint-Nazaire en 2011. Ces différentes journées sont élaborées et co-construites à partir de demandes d'acteurs de terrain. Cet aspect permet à la MDA de s'inscrire au plus près des problématiques professionnelles et territoriales concernant l'adolescence et la jeunesse. Ces différentes journées d'études mobilisent, selon leur configuration et les années, entre 150 et 300 professionnels.
- Sur l'organisation de conférences « Les rendez-vous MDA » : « *L'usage des NTIC* » en 2007, « *Les ados et leur famille* » en 2009, « *Puberté, sexualité et relations amoureuses* » en 2011... Ces rendez-vous, pensés sous forme de cycles de deux à six séances selon les années, ont permis d'accueillir entre 200 et 500 professionnels du secteur éducatif, de la santé, du social (la moyenne de participation aux différents temps proposés est d'environ 50 personnes)

¹² Rapport d'activité 2010 de la Maison départementale des adolescents de Loire-Atlantique, p. 6.

- Il convient d'ajouter les différents temps de travail interinstitutionnels et interprofessionnels (hors temps de formation) avec, notamment, de multiples participations à différents réseaux : soit en animation (Groupe Santé des Adolescents de Saint-Nazaire), soit en tant que membre participant (Réseau d'Écoute et d'Aide aux jeunes à Ancenis, Groupe Local du traitement de la délinquance, ...). Ces différents temps de rencontre sont organisés sur l'ensemble du département, en s'appuyant sur les 5 CAT (2007 : 16 réunions/500 personnes ; 2008 : 16 réunions/350 personnes ; 2009 : 22 réunions/253 personnes ; 2010 : 38 réunions/351 personnes ; 2011 : 21 réunions/208 personnes). Pour le territoire nantais, la mobilisation des professionnels s'avère plus difficile en raison notamment d'une multiplicité d'acteurs et de réseaux préexistants à l'ouverture de la MDA.

La création et l'animation de groupes-ressource dans le secteur de Saint-Nazaire, ainsi que l'ouverture prochaine de l'antenne mobile sur le territoire de Blain-Chateaubriand, s'inscrivent également dans cette mission.

b) Être un centre de ressources

La troisième mission de la MDA consiste à « *Être un centre de ressources et d'informations pour tous et un centre de recherche épidémiologique* ».

D'une certaine façon, l'animation départementale permet de faire le lien avec cet aspect « centre ressource ».

Sur l'aspect « épidémiologique », les données relatives à l'accompagnement des jeunes reçus à la MDA pourraient être aussi utilisées pour reprendre des actions et/ou communiquer.

2. Le point de vue des partenaires sur la place de la MDA dans le réseau des acteurs de la jeunesse

Au regard des rapports d'activité successifs de la structure, on peut souligner la pluralité d'actions qui couvrent les territoires du département, montrant un dynamisme certain de la MDA sur ce plan. Les partenaires de la MDA soulignent la qualité, le professionnalisme, des initiatives mises en place ainsi que l'apport incontestable de la MDA dans la mise en relation des acteurs de la jeunesse. À cet égard, la maison des adolescents est reconnue pour le soutien qu'elle apporte à ses partenaires dans les questionnements sur l'adolescence.

« Et puis, je pense que nous aussi, on profite de ces rencontres-là, et de ces discussions, pour élaborer des hypothèses avec eux. Quelquefois pour être rassurés. Ce ne sont pas forcément des scarifications, c'est simplement des tatouages mal faits, ou c'est vraiment un signe de difficulté. Étant éducateurs, on a un quelques hypothèses, mais on n'a pas forcément toujours une analyse très fine de ces phénomènes. [...] Du coup, de pouvoir en

échanger sur du concret avec l'équipe de la MDA, pour nous, ça nous aide effectivement, je trouve, à être plus fins dans nos analyses et dans nos repérages ». (Éducateur de prévention Saint-Nazaire)

Toutefois, en partie du fait de la multiplication des initiatives diverses, on observe une difficulté de visibilité et de lisibilité de l'action de la MDA : quelle est la stratégie développée en direction des écoles, des structures de jeunes, etc. ? De quelle façon peut-on interpeller la MDA sur le développement d'actions, de formations,.... ?

Certains partenaires s'interrogent également sur le positionnement de la MDA et peuvent parfois regretter un manque de « pédagogie » au regard d'un discours perçu comme psychologisant :

« C'est très psy, vraiment très, très psy... Il faut avoir une certaine culture. Et cela est parfois vécu comme une parole un peu magistrale. En gros « voilà la bonne parole que nous venons apporter ». Cela donne un statut d'expert... et après les gens qui ne sont pas dedans, ils n'y trouvent pas leur compte. » (Un partenaire)

Un manque de réponses concrètes à des problématiques perçues par les professionnels est également parfois souligné. Un travail sur cet aspect de « pédagogie » est important à mener et à préciser car il peut entraîner une non-sollicitation de la MDA par les professionnels.

De même, certains acteurs ont quelquefois l'impression que la MDA a tendance à ne pas « aller vers » les autres acteurs dans une démarche de dialogue et d'ouverture professionnelle. Si ce point est à mettre en relation avec le sentiment de manque de « pédagogie » que nous avons évoqué précédemment, cette dynamique de l'« aller vers » est aussi évoquée pour les jeunes, avec l'idée qu'il serait nécessaire d'aller les rencontrer sur leur propre lieu de vie :

« Par exemple : quand on est dans un centre où les apprentis sont là une semaine par mois. Quand ils sont là, ils ont une heure pour déjeuner le midi ; le soir, ils sont dispatchés partout. Ce ne sont pas des jeunes à qui on peut dire : « écoute, mardi, entre midi et deux, tu iras à la MDA », il faut venir intervenir et prévenir... C'est-à-dire que, s'ils vont vers des jeunes de manière préventive, qu'on arrive à les identifier, c'est d'autant plus facile pour le jeune après d'aller à la MDA » (Un partenaire).

« Je pense que, dans son organisation, la MDA est dans une posture un peu d'attente que l'on vienne la voir. Elle n'est pas dans une posture d'aller vers, hormis les conférences qu'elle peut faire, et qui sont de qualité ». (Un partenaire)

« Je trouve que le problème c'est qu'ils ne veulent jamais franchir les murs des autres. Il faut venir, mais, eux, ils ne bougent pas » (Un partenaire)

Ce dernier point concerne les actions de prévention menées par la MDA. Bien qu'existantes, celles-ci apparaissent pour les différents partenaires comme relativement faibles en nombre. Cet aspect est à mettre en relation avec l'attente évoquée précédemment du « aller vers », dont les actions de prévention constitueraient une modalité. Il apparaît nécessaire de mieux définir le positionnement de la prévention dans le cadre de la stratégie de développement de l'action de la MDA. Par ailleurs, il serait important d'inscrire de manière plus lisible, notamment dans les rapports d'activités, le

nombre de jeunes touchés par ces différentes actions de prévention et leurs différentes caractéristiques (âge, sexe,...).

3. Les situations contrastées des deux antennes

L'inscription territoriale de la MDA peut différer selon les ressources locales (partenaire, habitudes de travail,...) mais aussi selon les attentes des acteurs locaux sur le positionnement de la MDA. Ainsi, nous avons observé une différence assez forte entre l'antenne de Saint-Nazaire et de Nantes en fonction des configurations locales.

a) Saint-Nazaire : une ressource centrale

L'ancrage de l'antenne de Saint-Nazaire s'est fait à partir du terrain. En fait, la création de cette antenne répondait à une forte attente des partenaires locaux qui avaient déjà engagé une réflexion sur la nécessité de monter une structure centrale sur les questions de santé des jeunes de le cadre du groupe partenarial « Santé des ados » (GSA) (qui réunit, au niveau du bassin de Saint-Nazaire, des associations intervenants dans le champ de la santé, de la jeunesse, de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes ou de la protection de l'enfance, des services hospitaliers, des collègues, des services du Conseil général, etc.) :

« On avait déjà réfléchi à monter une espèce de maison des associations autour de la santé, endroit centralisé autour du soin, où chaque partenaire -que ce soit l'ANPAA, l'ANPES, la CPAM, le centre d'informations jeunesse ou la Rose des Vents- pourrait éventuellement, à un moment donné, proposer des heures d'accueil, des temps de permanence pour pouvoir accueillir une population multiple — nazairienne en tout cas — et qui permettrait, sur un seul point, d'avoir plusieurs entrées autour du soin. [...] Quand on avait travaillé à ça, la personne qui chapeautait le groupe santé des ados autour de la Carène était repartie sur Nantes ou a été mutée. Il y avait une tête temporaire, mais quelqu'un qui ne pouvait pas assurer cette coordination de manière pérenne. C'est là que le relais s'est fait avec la MDA, qui avait plus les moyens d'animer et puis d'organiser un petit peu les choses. Et puis l'espèce de maison de santé, quand on a effectivement commencé à organiser le truc et à demander des financements, et qu'on a compris que c'était plutôt la MDA qui aurait la priorité, on a laissé tomber cette idée pour laisser la Maison des Adolescents s'installer et ouvrir une antenne qui correspond un petit peu à ça quand même. Même si les associations ne sont pas présentes, il y a au moins une espèce de guichet qui permet aux jeunes d'avoir une information et de donner une orientation après ». (Membre du groupe santé des adolescents à Saint-Nazaire)

Concrètement, les acteurs du territoire nazairien avaient de fortes attentes par rapport à la MDA en termes d'accueil du public jeune sur les questions de santé mentale. L'installation de la MDA était même demandée par certains acteurs du secteur hospitalier et son arrivée a été très bien accueillie, à la fois par les structures associatives intervenant dans le champ de la jeunesse ou de la santé, mais aussi par la pédopsychiatrie :

« La MDA est venue, dans le paysage de Saint-Nazaire, compléter l'offre qui pouvait être en place. Parce que, les CMP, il y avait très peu de places et beaucoup d'attente, peu de

réponses et peu d'orientation. On avait beaucoup de mal à joindre quelqu'un pour lui dire : « sur tel type de situation on peut tenter ça ou ça. » Là, avec la MDA, on sait que, quand on a une difficulté, on peut tenter autre chose et on sait qu'on va être accueilli ». (Partenaire associatif, Saint-Nazaire)

« Cette possibilité de premier accueil permet de faire un tri et, à l'usage, après un an, un an-et-demi ou deux ans, on voit bien que l'antenne de la MDA nous adresse quelques adolescents, mais on n'est pas envahis. C'est loin d'être l'ensemble des jeunes qui se présentent à la MDA qui se retrouvent dans le système. Si c'était juste un sas ou une porte pour aller un peu plus vite, ce ne serait pas intéressant. C'est vraiment un autre type d'accueil, et quelque chose qui permet d'affiner les orientations, ce qui fait que quand les collègues de la MDA s'adressent au secteur de la pédopsy en disant : « On pense que là, il faudrait une consultation... », on est en confiance, on les accueille. » (Psychiatre, CATTP Saint-Nazaire)

Mais la place que la MDA a progressivement pris à Saint-Nazaire depuis l'ouverture de son antenne en septembre 2010 ne tient pas simplement à une mission d'accueil et d'accompagnement du public qui faisait auparavant défaut dans le territoire ; les partenaires apprécient également fortement son rôle dans la structuration du réseau d'acteurs local (grâce à l'animation du GSA et des groupes ressources notamment), le soutien direct qu'elle propose aux professionnels et le partenariat qui se construit dans l'accompagnement des jeunes :

« On a tissé des liens avec eux [les professionnels de la MDA], concrètement, pour se mettre d'accord sur le type d'accompagnement qu'on va pouvoir mettre en place, et comment on va jouer les choses. [...] De manière un peu plus institutionnelle, [...] on a à peu près conclu de se revoir tous les 6 mois [avec l'équipe de la MDA], pour, éventuellement, faire le point sur les différents accompagnements qu'on a faits, qui sont en cours et réfléchir sur ce qu'on ferait la prochaine fois. Ce sont des rencontres d'équipe à équipe, pour essayer de voir : qu'est-ce qui a marché ? Qu'est-ce qui n'a pas marché ? À quel moment le jeune s'est-il perdu ? À quel moment a-t-il accroché, et comment est-ce qu'on peut faire pour qu'on avance ? » (Partenaire associatif, Saint-Nazaire)

Ainsi, la maison des adolescents occupe désormais une place centrale dans le réseau d'acteurs du territoire de Saint-Nazaire.

b) Nantes : un acteur parmi d'autres

À Nantes, la situation de la MDA au sein du réseau d'acteur est tout autre. En effet, la structure est arrivée dans un territoire qui comprenait déjà divers types de réponses aux questions de santé mentale des jeunes, même s'il s'agissait de dispositifs plus spécialisés en termes de thématiques abordées ou de publics. Dans un climat de raréfaction des financements publics, la création de la MDA est apparue, pour plusieurs acteurs du territoire, comme un concurrent potentiel risquant de fragiliser leur existence et dont la plus-value n'était pas immédiatement lisible au regard des dispositifs existants :

« Je sais qu'à l'époque où la MDA a été créée, il y a eu beaucoup d'interrogations, parce que toutes les structures qui travaillaient déjà avec des jeunes, se sont dit : « Pourquoi quelque chose en plus ? », etc. Ça n'a pas été très bien vécu au départ [...] D'autant plus

que c'est le même financeur, donc ils s'étaient dit: « S'ils financent la MDA, est-ce qu'ils vont continuer à nous financer, nous, parce que c'est le même public ? » ». (Responsable d'une association, Nantes)

La MDA, en cherchant à développer des liens avec le réseau d'acteurs locaux, s'est ainsi heurtée à des réticences et une certaine distance de certains partenaires. Cet aspect, ainsi que la multiplicité des réseaux dans ce territoire, peut expliquer la difficulté du positionnement de la MDA dans cette mission d'animer et de fédérer. Nous trouvons ces éléments fréquemment évoqués dans les différents rapports d'activité : « *Même si des manques et des besoins non couverts sont repérés... ce tissu de partenaires très dynamique n'a pas attendu la création de la MDA pour faire du réseau*¹³ ». Ainsi, la dynamique d'animation territoriale reste difficile à mener, et ce malgré différentes actions entreprises. À ce jour, l'orientation est de s'inscrire dans la dimension de « formation interinstitutionnelle ».

Cependant, les efforts qui ont été faits à Saint-Nazaire pour communiquer et créer des liens avec les autres structures ont été fructueux. En effet, l'interconnaissance, notamment d'équipe à équipe, a permis d'éclaircir la position de la MDA et de rassurer un certain nombre d'acteurs quant à une potentielle visée tentaculaire de la maison de adolescents. À Nantes, un certain nombre de partenaires potentiels restent méfiants, voire négatifs, concernant la position de la MDA dans le réseau d'acteurs ; c'est notamment le cas parmi certains acteurs de la pédopsychiatrie. Il apparaîtrait donc opportun de continuer le travail de rencontre et de tissage de liens avec les acteurs du territoire en évitant de considérer que la MDA a désormais acquis une place claire dans le réseau d'acteurs.

« Je pense qu'ils auraient intérêt à rappeler cette approche-là. C'est-à-dire, de dire qu'ils ne sont pas là pour résoudre tous les problèmes des adolescents, mais que leur approche est généraliste, et ils vont voir quels problèmes ils ont besoin d'aborder, ou quels problèmes l'adolescent a besoin d'aborder avec eux, ou pas avec eux » (Responsable d'une association, Nantes)

D'ailleurs, même lorsque des liens ont été créés et les partenaires semblent avoir bien identifié le rôle de la MDA, une méfiance persiste qui pourrait être levée grâce à un travail d'interconnaissance dans les pratiques, aussi bien auprès des acteurs associatifs que du réseau hospitalier :

« Pour moi, la Maison des Adolescents c'est par rapport au thème, justement, de « population adolescente », c'est un lieu un peu carrefour où les jeunes qui ont un certain malaise, mal-être —et qui ne sont pas conscients forcément d'avoir besoin d'un soin— peuvent venir là demander des informations et un soutien qui va peut-être être un relais vers quelque chose qui est de l'ordre plus d'un soin et d'un accompagnement plus importants. Oscillant entre information, accès aux soins... Mais en même temps, moi, de

¹³ Rapport d'activité 2009 de la MDA 44, p. 9.

ma position, je dirais que, d'emblée, je croyais qu'il y avait un pont important avec l'hôpital, du fait qu'il y avait des postes en partie hospitaliers qui étaient mis à disposition et que pour nous, le secteur médico-social, le lien n'a pas été assez important, à mon avis. [...] Je crois qu'on manque un peu d'un retour sur ce qui se fait à l'intérieur. Et peut-être réciproquement aussi, la Maison des Adolescents n'a peut-être pas assez de retours de ce qui se fait à l'intérieur de notre structure à nous » (Responsable d'une association, Nantes)

« Ils parlent de nous aux parents et aux adolescents et parfois, ils peuvent peut-être dire : « Tu sais, toi, ton cas est quand même assez lourd... » ...Il ne faut pas le nier, notre mission, c'est quand même d'accueillir et de soigner des jeunes qui ont des pathologies de l'enfance ou de l'adolescence qui sont quand même assez lourdes. Et donc, à partir de là, quelquefois, ils conseillent, simplement, d'aller taper à notre porte. Mais on sait que quand on dit simplement aux gens : « Tu devrais... ». Après, je n'ai aucune lisibilité, visibilité sur comment ils le font. Je ne pense même pas qu'ils donnent un carton ou qu'ils donnent notre numéro de téléphone, mais peut-être qu'ils le font, je n'en sais rien à vrai dire. [...] Je n'ai jamais eu un coup de fil direct ici [...] la MDA, ils sont assez nombreux : il y a des médecins, des psychologues, des éducateurs, des pédiatres... Donc, il n'y a pas directement de liens qui sont faits, quelqu'un qui prend son téléphone : « Allo, écoute, voilà, j'ai la situation de tel jeune, est-ce que tu pourrais le recevoir ? », pour en parler de vive voix » (Responsable d'un CMP pédopsychiatrie)

Les efforts pour tisser des liens et lever les éventuels malentendus doivent donc sans doute être poursuivis à Nantes, notamment avec le secteur de la pédopsychiatrie. La réactualisation de la demande d'intervention d'un pédopsychiatre pourrait, dans cette perspective, contribuer à apaiser les relations avec certains acteurs nantais.

4. Les groupes ressource : un outil à consolider

Concernant la mission d'animation d'un réseau d'acteurs, les groupes-ressource apparaissent comme un outil central de l'activité de la MDA et provoquent un intérêt certain de la part des partenaires qui y sont impliqués. Ils fonctionnent depuis 2011 dans le secteur Saint-Nazaire/Pays-de-Retz. Organisés à l'échelle des communautés de communes, ces groupes pluri-institutionnels et pluri-professionnels sont constitués des différents partenaires en charge de l'accompagnement des jeunes dans le territoire (éducateurs spécialisés, infirmières, médecins, psychologues, animateurs socioculturels, assistante sociale... exerçant dans l'Éducation nationale, la protection de l'enfance, les missions locales, les maisons de quartier, le secteur hospitalier...). Ils sont à la disposition des acteurs de l'adolescence (bénévoles, élus ou professionnels) *« pour aider à mieux comprendre la situation d'un jeune ou d'un groupe de jeunes qui les mettent en difficulté quant à l'exercice de leur responsabilité. Il s'agit également de partager la réflexion et de proposer des pistes de prise en compte de ces difficultés, soit en soutenant les personnes ayant sollicitées le groupe-ressource, soit en proposant de faire appel à un des partenaires du réseau. L'équipe mobile de la MDA est l'une des ressources du*

réseau »¹⁴. Au moment de l'enquête, 5 groupes étaient en fonctionnement ; 2 groupes supplémentaires devaient être mis en place dans ce territoire.

Les partenaires soulignent le rôle bénéfique de la participation aux groupes-ressource sur l'interconnaissance entre des partenaires qui ne s'étaient pas rencontrés auparavant et n'avaient jamais pensé à travailler ensemble, ou encore sur l'entretien de relations partenariales qui pourraient se distendre si elles n'étaient pas régulièrement réactualisées dans ce cadre.

« Ce qui est intéressant aussi, c'est peut-être pour nous, de pouvoir travailler ensemble de manière régulière, et d'entretenir ce partenariat avec des gens qu'on retrouve, avec qui on a fait la formation, on se revoit régulièrement. Ça permet de garder un contact de proximité » (Participant groupe ressource La Carène)

Plusieurs personnes soulignent que la possibilité de faire le lien avec des acteurs du système scolaire ou du milieu hospitalier constitue une réelle plus-value des groupes ressource :

« C'est vrai que dans le groupe, ça a vraiment permis un travail de partenariat, de rencontre de gens que je ne connaissais pas du tout, d'une part, et puis d'autres que je connaissais déjà, je pense à des gens de l'Éducation Nationale, mais ça a permis vraiment d'avancer dans la connaissance [...] Il y a des gens que je ne connaissais pas du tout ; le service pédiatrie de l'hôpital sur l'accueil des jeunes, je ne connaissais pas du tout ces équipes-là. » (Participant groupe ressource La Carène)

Le caractère pluri-professionnel et pluridisciplinaire des groupes apparaît comme le gage d'une expertise reconnue et appréciée :

« Dans ce groupe-là, l'intérêt c'est d'échanger ; on voit bien qu'on a des cultures de métiers différentes et, avoir des regards croisés, je trouve que ça apporte des solutions plus pertinentes. Pour guider les jeunes, c'est beaucoup plus simple. On est beaucoup plus précis. On a des interlocuteurs qu'on connaît. En plus, comme je vous le disais, on a des cultures de métiers différentes, donc, on voit bien que dans ces problématiques, on n'a pas forcément la même entrée ; mais, au final, je trouve que c'est très enrichissant. On n'a pas la même entrée mais on voit que, ensemble, on trouve des solutions plus efficaces. » (Participant groupe ressource La Carène)

Le regard pluridisciplinaire porté par le groupe semble ainsi constituer un atout, non seulement dans l'analyse des situations étudiées, mais aussi dans l'organisation du parcours des jeunes qui est ainsi pensée de façon plus transversale et moins découpée par les attributions de chacun et la logique de dispositif qui aurait tendance à catégoriser les populations et les problèmes. L'approche globale ainsi développée peut apparaître comme une approche en termes de parcours qui permet d'introduire une cohérence globale et un filet de sécurité pour les jeunes.

« On espère que ça peut répondre aussi peut-être aux interstices, c'est-à-dire aux situations qui pourraient échapper à un soutien particulier ou à une attention

¹⁴ Rapport d'activité 2011 de la MDA 44, p. 35.

particulière parce qu'ils ne sont pas tout à fait dans la bonne case, ils ne sont pas dans le bon quartier, ni dans la bonne catégorie de population. Et si, à partir de là, on peut travailler autour de ça, ça peut être intéressant » (Participant groupe ressource La Carène)

Les groupes ressource peuvent également constituer un support central pour des intervenants isolés ou professionnellement peu outillés pour gérer des situations difficiles.

« Honnêtement, aujourd'hui, si on me disait que demain ça s'arrête, ça me gênerait beaucoup, parce que c'est un apport en plus. Moi, dans mon travail, ça me permet de mieux travailler, de prendre du recul, d'évacuer. Et puis de mieux redémarrer. Même si, au sein de établissements, on a un travail d'équipe, on a un travail d'écoute, je suis quelquefois un peu seule sur ces questions-là et on n'est pas forcément compétents pour gérer ces situations ; avoir un regard extérieur, avec d'autres professionnels, ça nous renforce dans nos actions de tous les jours, dans nos missions. » (Participant groupe ressource Pornic)

Cependant, si cette dynamique de groupe semble particulièrement riche pour les participants, elle peine quelquefois à être diffusée auprès des professionnels extérieurs qui s'adressent aux groupes ressources.

Sur ce point, la forme des groupes ressource, et notamment le nombre important de personnes présentes pour examiner les situations, peut être déroutante pour des professionnels extérieurs qui ne sont familiers, ni des individus composant le groupe, ni des pratiques et de la façon d'aborder les situations.

Le témoignage d'une animatrice ayant soumis une situation au groupe ressource de Pornic est ainsi particulièrement éclairant. Tout en reconnaissant l'intérêt certain du groupe et la qualité de l'aide qui lui a été apportée, elle demeure cependant très critique sur la façon dont cette séance s'est déroulée :

*« C'est intimidant. Pourtant je ne suis pas quelqu'un d'un naturel timide mais le nombre de personnes et de professionnels assez divers, m'a personnellement intimidée. Je me suis sentie un peu mise en porte-à-faux. **Vous vous êtes sentie en porte-à-faux...** Par rapport à ma pratique, est-ce que c'était du soutien ou est-ce que c'était un jugement de pratique ? J'ai été assaillie un peu de questions auxquelles je n'avais pas forcément toutes les réponses. Ce n'est pas forcément facile à vivre. [...] Moi je suis animatrice, j'ai un métier qui est très large, je n'ai pas de spécialité en psychologie ou en sociologie ou... comme des assistants sociaux qui fréquentent des situations un petit peu inquiétantes. Et donc, eux qui ont l'habitude de ça et, nous, on se sent un peu avec des lacunes. On se dit : « Oui, eux, ils en savent beaucoup de choses et nous on se rend compte qu'on ne sait pas grand-chose et on se sent tout petit ». [...] Ce sont des réalités qui sont totalement justes mais on se les prend un peu d'un coup, devant 15 personnes, ce n'est pas très intime. [...] C'était du conseil, de l'écoute et même du soutien par moment ; il y avait de la bienveillance derrière leurs propos, de protection de moi-même, du jeune, de tout ça mais... [...]. Demain, si on me dit : « tu as une situation qui est super intéressante, est-ce que tu veux venir au groupe ressource ? », je dirais : « non ». S'il n'y a que 5 personnes, pourquoi pas, s'il y en a 15, je dirais non. J'ai mal vécu la situation, vraiment [...] C'est*

hyper pertinent comme groupe pour la mixité des professions ; tout le monde vient d'horizons divers mais, sur des présentations comme ça de situations, peut-être privilégier des petits groupes et des petits comités. C'est très pertinent et il faut continuer ce travail, pour moi ça a tout son sens, mais dans du moins conséquent en groupe, surtout lorsqu'il n'y a qu'une personne qui présente » (Professionnel extérieur au groupe ressource, Pornic)

Si le nombre de professionnels présents pour examiner la situation peut provoquer des réticences de la part des personnes extérieures, il semble également que l'approche très psychologisante quelquefois développée est déroutante pour certaines cultures professionnelles :

« Je me suis sentie un petit peu psychanalysée, clairement : « oui mais vous ne pensez pas plutôt que c'est vous qui... ». En même temps, ce n'est pas le but de la journée, le but ce n'est pas que je reparte en pleurant et en remettant tout en cause dans ma pratique. Clairement, il y avait beaucoup des psys qui m'ont interpellée, énormément. Il y avait un côté psy vachement présent, un peu trop même d'ailleurs. Et parfois c'était maladroit » (Professionnel extérieur au groupe ressource, Pornic)

« Le but du groupe ressources, ce n'est pas de juger les professionnels. On n'est pas là pour juger leur pratique ! Mais je pense que ça a été vécu comme ça par la personne. De par sa réaction, on voyait bien que c'était difficile pour elle. Mais la personne s'est sentie remise en cause dans sa pratique ». (Participant groupe ressource Pornic)

« Il faut vraiment qu'on soit garants de la bienveillance parce que ça peut être très, très, mal vécu par certaines personnes qui prennent les questions, les propositions, un peu comme des remises en question ou des attaques... Ce que je peux comprendre parce que c'est vrai qu'un groupe qui se connaît, ça pose des questions, ça sollicite : « mais pourquoi vous n'avez pas fait ça ? » et « pourquoi ci ?... » Déjà que la personne est mal avec la situation là parce qu'elle vient présenter si, en plus, elle a ce genre de questions, ça peut être violent. Ça, c'est encore quelque chose qu'on a à travailler aussi, c'est : comment on prépare les gens qui viennent présenter à ça. » (Une accompagnant social)

On observe ainsi une partition entre des partenaires dont l'approche professionnelle est axée sur l'accompagnement psychique et des professionnels qui s'appuient sur une autre culture d'intervention et qui ont peut-être plus de mal à trouver une place dans les groupes ressource. Sur ce point, un travail sur la dynamique de groupe et l'apport de chaque culture professionnelle (en dehors d'une approche psychologique) pourrait être initié à l'occasion des journées de formation par exemple.

À cet égard, on voit d'ailleurs clairement que la socialisation et la familiarisation des professionnels à la fois aux personnes présentes et au type de regard porté sur les situations vient réduire ces réticences :

« Il y a un temps de démarrage, c'est vrai que ça met quelques mois, pour être en confiance aussi, pour apprendre à se connaître. Ce n'est pas si facile quelquefois d'exprimer une situation. Ça veut que, quelquefois, nous, dans notre poste de travail, on est en difficulté. Ce n'est pas simple parfois de dire : « voilà, là, je suis en difficulté et j'ai besoin d'aide ». Après, une fois qu'on est en confiance, et, là, aujourd'hui, c'est le cas, je pense que c'est un groupe qui devient vraiment très dynamique, très réceptif, et qui donne des conseils. J'ai exposé plusieurs situations, la première n'est jamais simple à

exposer mais en fait les retours sont plutôt bons, c'est-à-dire qu'on a des conseils que ce soit de la part de la maison des adolescents ou des autres acteurs des autres établissements. Ça permet de prendre du recul, de dédramatiser aussi. Et puis ça renvoie à d'autres situations que d'autres personnes du groupe ont vécues. Donc il y a une forme de soulagement quand même quand on se présente à ce genre de groupe ressource. » (Participant groupe ressource Pornic)

On note également que les réticences des professionnels extérieurs peuvent être aussi liées à la dynamique propre à chaque groupe. Si seule une observation participante et comparative approfondie de divers groupes ressource permettrait de vérifier cette hypothèse, on perçoit cependant des dynamiques assez hétérogènes entre Pornic et la Carène et cela semble se répercuter sur la capacité des groupes à toucher des professionnels plus éloignés de la culture qui y est développée :

« En tant qu'animateurs socioculturel, on n'est pas là pour apporter du soin. Donc, c'est vrai qu'avoir un regard croisé par des psychologues, des infirmiers, des médecins, des éducateurs, sur une situation précise, ça apporte des billes à la réflexion et à ce qu'on peut proposer pour mieux orienter [...] Ma collègue qui a proposé la situation, elle était contente dans le sens où ça lui a apporté, il y a des choses auxquelles elle n'avait pas forcément pensé par rapport à la problématique. ». (Participant groupe ressource La Carène)

Notons également que plusieurs participants aux groupes ressource ont souligné le caractère chronophage de cette implication et ont évoqué l'idée de penser une participation tournante des professionnels de chaque structure impliquée. Cela pourrait également permettre l'élargissement du réseau d'interconnaissance (qui fonctionne ici plus d'individus à individus que d'institutions à institutions) et une familiarisation plus large aux pratiques des groupes ressource.

Conclusion du point B : l'inscription territoriale et le partenariat opérationnel

Dès sa première année de fonctionnement, la MDA a mis en œuvre différentes actions et concertations dans les différents territoires du département en s'inscrivant plus particulièrement dans les 6 délégations solidarités du Conseil général. Cet aspect montre un réel dynamisme dans sa volonté d'être au plus proche des acteurs de terrains et de répondre au mieux aux attentes des professionnels et aux besoins repérés des jeunes dans les différents territoires. De même, elle s'inscrit, soit dans un positionnement de soutien, soit dans un rôle d'animateur de réflexion, auprès des professionnels.

Si les entretiens menés confirment cette première interprétation, plusieurs points d'attention sont à souligner :

- L'action de la MDA n'est pas toujours lisible dans les territoires. Ce point provoque un manque de clarté de son action.
- La perception encore forte d'un aspect « psychologisant » par les professionnels extérieurs.

- Il apparaît aussi un « manque de pédagogie » qui peut donner l'impression que la MDA a tendance à ne pas « aller vers » les professionnels, dans une démarche de dialogue et d'ouverture professionnelle, d'une part, et vers les publics sur leurs différents lieux de vie, d'autre part.

C. Le groupement d'intérêt Public (GIP) : modalités de financement et d'organisation

L'un des objectifs de l'évaluation était de questionner la pertinence de l'organisation en Groupement d'intérêt Public (GIP). Cette forme juridique, préconisée par Mme B. Ayrault en décembre 2005, au regard de trois autres formes possibles (l'association Loi 1901 ; la régie directe ; le groupement de coopération médico-sociale) avait été adoptée par la suite pour la Maison Départementale des Adolescents de Loire-Atlantique¹⁵. Par ailleurs, en 2009, le *rapport Buisson et Salles* préconisait aussi cette forme juridique, pour favoriser le développement des MDA qui rencontraient des difficultés pour regrouper des partenariats : « *Si cela s'avère indispensable pour des raisons de gouvernance délicates, nous recommandons la formule du GIP (Groupement d'intérêt Public) d'une grande souplesse, formule intermédiaire entre l'établissement public et le statut associatif. D'un fonctionnement simple, il permet des mises en commun de moyens financiers ou en nature et son Conseil d'Administration élit en son sein, un Directeur qui peut être le « chef d'orchestre » qu'unaniment tous nos interlocuteurs consultés considèrent indispensables* »¹⁶.

Si le GIP a été choisi en Loire-Atlantique, il n'en demeure pas moins que cette forme juridique de gouvernance et de support de l'activité des MDA reste minoritaire en France. Ainsi, en 2011, seules 5 maisons des adolescents sur les 67 ayant répondu à l'enquête nationale sur les MDA ont un statut juridique de GIP¹⁷¹⁸. Outre l'interpellation des membres du GIP de Loire-Atlantique, nous avons interviewé d'autres coordinateurs et/ou directeurs de Maison départementale des adolescents ayant

¹⁵ *Rapport de la mission de préfiguration d'une maison départementale des adolescents*. B. Ayrault, décembre 2005, Conseil Général de Loire-Atlantique. 41 pages. Le choix de la structure juridique s'inscrivait dans la loi de cohésion sociale du 18 janvier 2005 (art. 28) : « Ces GIP doivent apporter en particulier par la création de dispositifs de réussite éducative, un soutien éducatif, périscolaire, culturel, social et sanitaire aux enfants relevant de l'enseignement du premier et du second degré ainsi que de leurs familles ».

¹⁶ Rapport Buisson M, Salles F, *Les maisons des adolescents, Rapport d'évaluation 2009*, Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins, 58 pages, page 18.

¹⁷ *Enquête nationale sur les maisons des adolescents*, « Statuts, missions et travail en réseau », Maison des adolescents du Calvados, septembre 2011.

¹⁸ Lors de cette enquête sur 67 répondants, les modes de portage sont par ordre décroissant : 29 portées par l'Hôpital, 13 par une association, 10 : autres, 5 : GIP, 4 : Conseil général, 3 : groupement de coopération sanitaire, 3 : Non-réponse.

un portage GIP, associatif ou hospitalier afin de percevoir les forces et les faiblesses de chacun de ces modèles.

1. Les résultats des autres maisons des adolescents

Les 5 maisons des adolescents rencontrées¹⁹ ont été choisies de manière aléatoire ; l'objet de ces entretiens était bien de cerner les contours d'un modèle et non d'en faire une étude exhaustive, ce qui aurait nécessité d'autres moyens, étant entendu que cela ne constituait pas l'objet de l'évaluation.

De même, ces entretiens ont mis en évidence que les dénominations « GIP », « association », « portage hospitalier » recouvraient elles aussi des réalités différentes, selon l'histoire de l'implantation et du développement des maisons des adolescents, les relations partenariales et politiques et les modalités d'articulation qui pouvaient être proposées.

De manière très schématique, les entretiens ont pu montrer que :

- **Le modèle GIP** : présente l'avantage d'offrir un partage d'information et une transparence sur les modalités de financement de la structure. Il peut poser néanmoins la question de la gouvernance (poids des voix de chaque partenaire). Dans le cadre du GIP du Vaucluse, le président du GIP est une personnalité extérieure.
- **Le modèle associatif** : présente l'avantage d'une grande réactivité sur les questions de fond. Il permet aussi l'introduction d'associations de parents, de jeunes, au sein du conseil d'administration. Cependant, il apparaît plus fragile concernant les modalités de financement et dans sa capacité à mobiliser les politiques (multiplicité d'interlocuteurs).
- **Le modèle hospitalier** : Si celui-ci permet de mobiliser plus aisément les professionnels de santé (secteur de la pédopsychiatrie et psychiatrie), il existe une difficulté quant à la visibilité des financements engagés qui peuvent être englobés dans le budget général de l'hôpital et utilisés à d'autres fins. De même, le rattachement à l'hôpital peut renforcer l'idée d'un service hospitalier exclusivement consacré aux soins et non à la santé.

2. La Maison départementale des Adolescents de Loire-Atlantique

a) *Le GIP permet la transparence... mais peu les débats de fond*

L'analyse des entretiens menés auprès des membres du GIP montre le caractère opérant de cette forme juridique. Si elle permet notamment une grande transparence quant aux fonds reçus pour le

¹⁹ MDA Vaucluse et Haut-Rhin (GIP) ; MDA Charente-Maritime et Indre-et-Loire (Associatif), MDA Côte-d'Or (Hospitalier).

financement de la MDA, donnant ainsi une visibilité à l'engagement de chacun des partenaires, elle permet, en outre, de renforcer la légitimité institutionnelle de cet opérateur.

« Pour moi, le fonctionnement en GIP, il a cet intérêt d'être... comment dire ? On a une structure qui s'est créée, finalement, ça donne de la visibilité à l'existence de cette MDA. En toute transparence, oui, c'est facilitateur pour, par exemple, la définition d'un contrat d'objectifs et de moyens. Et je trouve que c'est facilitateur aussi pour mobiliser les partenariats. Puisque, dans ce GIP, on a forcément un conseil d'administration, donc tous les partenariats à part égale, en fait, dans la définition de la politique et ensuite dans la définition d'apport de moyens de chacun. Je vois cet intérêt dans la création d'un GIP ».
(Un membre du GIP)

Si cette modalité de portage apparaît comme la plus efficiente, certains points méritent effectivement d'être repensés dans l'organisation et le mode de gouvernance du GIP :

- Le sentiment d'une multiplication des réunions du GIP²⁰,
- La nécessité aussi de dépasser, lors de ces réunions, la seule perspective financière pour aborder des questions de fond relevant, par exemple, de l'adolescence et/ou du développement de l'activité de la MDA dans les territoires, ces deux aspects pouvant être effectivement liés.

« On est vraiment sur une organisation au niveau de la constitution du GIP, on est sur des modalités d'organisation et tout ça, et jamais sur le fond et sur les intentions de chacun des partenaires, sur l'orientation du GIP, et sur une déclinaison opérationnelle après dans la mise en action [...] Ce sont des instances qui ne donnent pas lieu à débat, il n'y a pas vraiment de réflexions et on n'est jamais sur le fond. » (Un membre du GIP)

Ce dernier aspect apparaît comme essentiel pour renforcer l'appropriation par les élus de l'activité de la MDA au regard des financements investis dans cette structure mais aussi de leurs modalités d'intervention dans ce cadre. Ce point est à mettre en relation avec l'articulation avec les territoires et la place des collectivités territoriales au sein du GIP : Quelle plus-value et/ou quelle activité la MDA développe dans mon territoire ? Quelles actions menées ? Quelles populations touchées ?

b) Des partenaires oubliés dans le GIP ?

Depuis l'ouverture de l'antenne de Saint-Nazaire, en 2010, deux nouveaux membres ont intégré le GIP : la Mairie de Saint-Nazaire ainsi que le Centre Hospitalier (mise à disposition d'intervenants spécialisés). Cette introduction conforte la dynamique partenariale du GIP et reflète, là aussi, la valorisation de l'investissement des partenaires. Dans ce cadre, il nous semble pertinent d'intégrer deux autres partenaires :

²⁰ Certains membres sont aussi présents lors des réunions du Comité d'animation départementale, ce qui peut expliquer ce sentiment.

- l'École des parents et des éducateurs,
- le CHU de Nantes (Espace Barbara, Unité Espace).

L'introduction de ces nouveaux membres permettrait ainsi de faire le lien avec les questions des intervenants spécialisés qui jouent un rôle important, tant dans le suivi des jeunes à l'interne de la MDA (réseaux de soins internes), que dans le suivi à l'externe (réseaux de soins externes).

D'autre part, il pourrait être envisagé à terme d'intégrer des usagers au sein de la structure GIP.

c) Le Comité d'Animation Départementale

Bien qu'évoqué précédemment dans la partie concernant la seconde mission « Animer et fédérer le réseau... », nous avons choisi d'intégrer le CAD dans la partie GIP car il constitue une autre modalité de gouvernance de la MDA. En effet, le CAD a été développé et conçu comme groupe de pilotage des actions de la MDA pour faire, notamment, le lien avec le GIP et permettre ainsi l'articulation entre positionnement institutionnel et acteurs de terrains. Ainsi, en février 2008, 30 partenaires (Missions locales, Ancre, EPE, Fédération départementale des Maisons Familiales rurales, ...) ont signé la convention constitutive du Réseau, signe d'un intérêt important pour la MDA et son activité²¹.

Cependant, depuis 2007, les réunions du CAD ont été moins nombreuses (3 en 2007 ; 1 en 2008 ; 1 en 2009, 2 en 2010 ; aucune en 2011, et 1 en 2012 concernant la présentation de la démarche d'évaluation). Si le CAD, par la rencontre de différents partenaires qu'il permet, s'avère intéressant, la question de la mobilisation de ceux-ci (selon leurs différentes contraintes) et celle de faire vivre le CAD au travers de ces réunions, reste posée (par exemple sur les modalités d'animation de la réunion selon la taille du groupe qui peuvent plus ou moins faciliter les échanges...).

²¹ Cet intérêt du CAD et de l'activité de la MDA a été évoqué aussi en septembre 2012.

Conclusion de l'état des lieux de l'action de la MDA 44

L'évaluation réalisée montre que la Maison Départementale des Adolescents de Loire-Atlantique a su répondre aux différentes missions qui lui avaient été assignées.

On peut tout d'abord souligner la forte reconnaissance acquise par la MDA dans sa mission d'accueil et d'accompagnement, tant auprès du public que des partenaires. Le caractère pluri-professionnel, pluridisciplinaire et les compétences de l'équipe apparaissent comme des éléments cruciaux de l'appréciation de l'activité de cette structure. Ils permettent à la fois une approche globale des jeunes et une grande qualité de l'accompagnement proposé. L'augmentation du nombre de jeunes depuis la création de la MDA confirme d'ailleurs une bonne implantation et reconnaissance de la structure par le public. Sur ce volet, il semble également que la maison des adolescents remplisse bien sa mission de sas, de porte d'entrée dans le réseau de prise en charge des jeunes, tant sur le volet santé que sur le volet social.

Cette qualité des actions menées par la MDA est également mise en évidence dans sa mission de fédération et d'animation d'un réseau de professionnels. Sur ce point, les partenaires de la MDA soulignent la qualité, le professionnalisme, des initiatives mises en place ainsi que l'apport incontestable de la MDA dans la mise en relation des acteurs de la jeunesse. La maison des adolescents est ainsi reconnue pour le soutien qu'elle apporte à ses partenaires dans les questionnements sur l'adolescence. L'organisation des groupes ressources dans le secteur de Saint-Nazaire permet également l'interconnaissance des partenaires ; leur caractère pluri-professionnel et pluridisciplinaire apparaît comme le gage d'une expertise reconnue et appréciée.

En outre, l'organisation en GIP se révèle être un atout au regard du développement de la Maison Départementale des Adolescents de Loire-Atlantique. En effet, ce modèle permet, et a permis, une grande transparence sur les partenaires et sur les fonds engagés par chacun d'entre eux, donnant ainsi une légitimité et une assise à la MDA.

Certains points de vigilance émergent toutefois de l'évaluation de l'action de la MDA. En effet, l'augmentation de l'activité, tant sur le volet accompagnement que sur le volet animation du réseau, fragilise la qualité de la prise en charge (du point de vue de la réactivité notamment) et suppose d'être vigilant, à la fois au renforcement de l'équipe à l'interne, et à la sollicitation du réseau externe. A cet regard, il semble qu'il serait utile travailler la question du passage de relais dans l'orientation des jeunes vers les partenaires extérieurs. La multiplication des initiatives diverses conduit également à une difficulté de lisibilité de l'action de la MDA pour les partenaires extérieurs.

Il existe également chez les acteurs extérieurs à la MDA une impression que celle-ci a tendance à ne pas toujours « aller vers » les professionnels, d'une part, dans une démarche de dialogue et

d'ouverture professionnelle et vers les publics, d'autre part, dans leurs différents lieux de vie. Cet aspect amène ainsi certains partenaires à s'interroger sur capacités d'accueil de la MDA pour des publics plus éloignés des dispositifs (issus des quartiers de la politique de la ville ou bien en difficulté sociale). Cette dynamique du « aller vers » reste un enjeu central pour la MDA, avec le soutien de ses partenaires (financiers, opérationnels), pour les prochaines années.

Par ailleurs, si les efforts qui ont été faits à Saint-Nazaire pour communiquer et créer des liens avec les autres structures ont été fructueux, un certain nombre de partenaires potentiels restent méfiants concernant la position de la MDA dans le réseau d'acteurs à Nantes. Il apparaîtrait donc opportun de continuer le travail de rencontre et de tissage de liens avec les acteurs du territoire.

Enfin, dans le cadre du GIP, il apparaît nécessaire d'accorder plus de place à la discussion sur des questions de fond (place des collectivités territoriales, l'articulation avec les territoires, etc.) pour faciliter la perception de l'activité de la MDA et son appropriation par les partenaires.

Tableau récapitulatif des forces et points de vigilance

Missions	Forces	Points de vigilance
Accueillir et accompagner le public	Augmentation du nombre de jeunes depuis la création de la MDA qui montre une bonne implantation et reconnaissance de la structure par le public	Les « sans rendez-vous » : l'augmentation du public peut aussi nuire à la qualité de la prise en charge
		Les publics précarisés ou habitants des zones prioritaires
	Professionnalisme, caractère pluri-professionnel et pluridisciplinaire de l'équipe, reconnus tant dans l'écoute que dans l'accueil des jeunes, auprès des publics et des professionnels	Difficulté de remplir les autres missions au regard de la montée en charge des publics
		Remplit bien sa fonction de sas dans le système de prise en charge des jeunes
Question du retour d'information quant à la prise en charge du jeune		
Lisibilité sur les missions et l'activité de la MDA auprès des partenaires		
Fédérer et animer le réseau	Couverture départementale et diversité des actions menées au regard des situations locales	Aller vers les professionnels, et vers le public
	Bonne reconnaissance des groupes ressources Conférences de bonne qualité	Sentiment de manque de pédagogie, langage jugé parfois trop psychologisant
	Dynamique partenariale	Mieux affirmer sa place dans des dispositifs locaux et dans les politiques publiques
	Développement d'actions d'éducation pour la santé	Question de la définition des actions
GIP	Permet la transparence financière et l'échange	Doit aborder plus de questions de fond

III. Les orientations

Les différentes orientations proposées procèdent des résultats de l'évaluation, parmi ceux-ci, nous notons les points les plus saillants :

- Une qualité de la prise en charge des adolescents reconnue, tant par les professionnels (externes à la MDA), que par les jeunes et les parents. Cet aspect conforte bien l'idée que l'outil MDA constitue bien un « sas » dans les prises en charge des problématiques adolescentes par son apport pluri-professionnel. Cette qualité de prise en charge est aussi liée à l'absence de *turn-over* de l'équipe depuis sa création (permettant le développement d'une culture de prise en charge au regard de la singularité du dispositif MDA) et aux différentes formations que les différents professionnels ont pu suivre, et ce depuis le début de l'ouverture de la MDA.
- Une difficulté d'articulation entre cette première mission (en raison de l'augmentation de la fréquentation et d'une volonté légitime de maintenir la qualité de la prise en charge) et les missions « fédérer et animer le réseau », et « centre de ressource et centre épidémiologique ». Si de nombreuses actions sont développées et montrent l'étendue des possibilités de la MDA dans l'action, des questions de **visibilité** et de **lisibilité** de son action restent posées, notamment dans les « services » rendus aux différents territoires concernés.
- Ce dernier point n'est pas sans incidence sur un sentiment que la MDA se met en situation **d'attente du jeune**, et non pas dans une perspective dynamique « d'aller vers... » les jeunes, les professionnels, et les institutions. Il apparaît nécessaire de mieux valoriser et expliciter l'activité de la MDA.

Conformément au cahier des charges, et au regard de l'évaluation menée, nous proposons, dans cette dernière partie, des orientations pour les cinq prochaines années quant au développement et à l'assise de la Maison départementale des adolescents de Loire-Atlantique. Ces orientations, de portées différentes, tant dans l'opérationnalité que dans leur mise en œuvre dans le temps, constituent des supports de discussion et de futures décisions pour les membres du GIP et l'équipe de la MDA.

A. 1^{ère} Orientation : Pérenniser la qualité de l'accueil

L'augmentation de la fréquentation de la MDA, constatée par les professionnels de l'équipe et objectivée par les éléments statistiques, si elle se confirme, peut, à terme, poser problème quant au maintien d'une qualité d'accueil satisfaisante, à la fois en terme de réactivité (temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, régularité des rencontres), que de souplesse (accueil des « sans rendez-vous »). S'interroger sur ce point est central car la qualité de l'accueil fonde toute la richesse et la

singularité de la MDA, comme nous avons pu le voir dans les entretiens auprès des jeunes et des parents l'ayant fréquentée.

En ce sens, la question de la prise en charge du jeune dès son arrivée à la MDA repose la question des modalités de son orientation.

Plusieurs pistes se dessinent sur cet aspect :

- ❖ *Renforcer la piste du « réseau de soins internes »* : Cette orientation supposerait d'envisager la présence de nouveaux moyens humains (autres accompagnants sociaux) et /ou d'intervenants spécialisés. Nous recommandons pour ces derniers, notamment à Nantes, un renouvellement des tentatives pour intégrer la pédopsychiatrie afin de renforcer l'équipe et permettre ainsi une meilleure relation dans la prise en charge, notamment avec le milieu hospitalier.
- ❖ *Renforcer le « réseau de soins externe »* : Cet aspect nécessitera un travail de coordination important entre les différents acteurs pouvant prendre en charge le public. Dans ce cadre, un travail notamment plus fort avec les CMP pourrait être envisagé.
- ❖ *Développer des « ateliers collectifs »* : Les différents rapports d'activités montrent une difficulté à mettre en place des actions collectives d'accueil des jeunes, notamment des groupes de paroles. À cet égard, il nous semble que d'autres modalités d'accueil collectif pourraient être prises en considération, en s'appuyant, non pas sur le ciblage ou la catégorisation de problèmes, mais plutôt sur des méthodes s'inspirant des perspectives de promotion de la santé. En effet, diverses Maisons départementales des adolescents mettent en place des ateliers collectifs portant, par exemple, sur des espaces de créativité, ou bien sur des thèmes comme l'estime de soi, etc. Cette dynamique est assez intéressante, car elle offre, d'une part, un outil complémentaire de prise en charge des jeunes permettant de désengorger les suivis individuels et, d'autre part, l'opportunité de passer d'une logique individuelle de prise en charge à une dimension collective. Dans cette perspective, s'il peut subsister des difficultés liées à l'organisation des nouveaux locaux au sein desquels il est difficile d'imaginer dédier un espace à ce type d'intervention, des partenariats peuvent, en revanche, être mis en œuvre sur ces aspects. L'organisation d'ateliers collectifs en coopération avec d'autres structures d'accueil des jeunes pourrait ainsi, non seulement permettre de pallier le problème de l'espace dédié, mais aussi créer ou renforcer les liens avec le réseau d'acteurs jeunesse et permettre d'aller vers des publics plus éloignés de la MDA.

B. 2^{ème} orientation : Aller vers les publics les plus éloignés des dispositifs

- ❖ *Aller vers les publics « vulnérables et précarisés »* : Comme nous l'avons vu, les jeunes rencontrés manifestent avant tout un fort enthousiasme et soulignent l'intérêt de la structure quant aux réponses apportées à leurs problématiques. Cependant, une question reste assez centrale : l'accueil des publics rencontrant des difficultés sociales et/ou issus des quartiers défavorisés. Cette question, fréquemment évoquée par les partenaires

institutionnels de la MDA (rapport d'évaluation de 2010 de l'ARS, demande inscrite lors du renouvellement de la convention constitutive du GIP en 2009), reste, à ce jour, délicate à traiter. En effet, pour le moment, le seul indicateur des difficultés socio-économiques des jeunes fréquentant la maison des adolescents est celui de leur quartier de résidence ; à cet égard, on constate que les jeunes habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville représentent une très faible proportion du public accueilli.²² S'il est, de fait, difficile de tirer des conclusions quant à la capacité de la MDA à toucher un public rencontrant des difficultés socio-économiques sur la base de ce simple indicateur, il semble toutefois nécessaire de s'interroger sur les conditions qui permettent de toucher un public socio-économiquement défavorisé. La question de la dynamique des quartiers et/ou des publics précarisés demande une attention spécifique. En effet, l'ensemble des études sur les inégalités de santé et le non-recours aux soins montre que la question de la prévention, des soins²³, etc. apparaît souvent comme un élément secondaire pour ces populations. En ce sens, pour toucher ces publics, il apparaît nécessaire d'aller à leur rencontre, sur leurs propres lieux de vie, en mobilisant des ressources de proximité, en travaillant en lien avec des professionnels de terrain dans les quartiers défavorisés ou des professionnels intervenants auprès de publics en difficulté (éducateurs de prévention, animateurs de structures de loisirs, mission locale, services sociaux, établissements scolaires des quartiers prioritaires, MJC...). D'une certaine façon, toucher un public plus défavorisé suppose sans doute une démarche particulière, plus volontariste que celle mise en œuvre vis-à-vis du public traditionnel fréquentant la MDA ; l'idée est bien de sortir des murs de la MDA pour offrir un soutien à une population qui n'est pas forcément en mesure de le solliciter spontanément. Ceci nous semblerait d'autant plus approprié que la MDA abrite des compétences professionnelles, notamment au travers de l'équipe des accompagnants sociaux, particulièrement adaptées à un public cumulant mal-être et difficultés sociales importantes, comme cela transparait clairement dans les entretiens avec les jeunes.

- ❖ *La tranche d'âge* : Si, au regard de nos différents entretiens et analyses, la tranche d'âge doit se situer prioritairement sur le public des 11 et 21 ans, il conviendrait d'avoir une stratégie mieux définie en terme de lieux de vie de l'adolescent (établissement scolaire, accueil de loisirs...). D'autre part, il pourrait être opportun à terme d'élargir les possibilités d'accueil aux 21-25 ans afin de permettre un développement du partenariat avec des professionnels et des

²² Nous parlons ici des publics identifiés comme étant issus des quartiers prioritaires indiqués dans la base de données de la MDA. 2011 : 38 jeunes viennent des zones CUCS de la communauté urbaine de Nantes sur 421 jeunes reçus en entretien (*Rapport d'activité de la MDA 44*, 2011). Si ce public représente 9% des jeunes de la communauté urbaine de Nantes reçus à la MDA, alors que les habitants en zones CUCS représentent 11,9% des habitants de cette même communauté urbaine, il faut également souligner qu'étant donnée la jeunesse des habitants des zones CUCS, on aurait plutôt pu s'attendre à une représentation plus élevée de cette population parmi le public fréquentant la MDA.

²³ Sous la direction de Chauvin P., Parizot I. *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*. Edition de la D.I.V., Paris, 2007, 150 p. ; Paugam S., Cleménçon M., *Détresse et ruptures sociales, résultats de l'enquête OSC-Fnars*, FNARS Recueils et documents, N° 17, Avril 2012, Paris, 62 p. ; Whitehead M., Dahlgren G., *Levelling up (Part 1 et 2) : a discussion paper on concepts and principles for tackling inequities in health*. Copenhagen ; WHO regional Office for Europe : 2006.

dispositifs touchants un public jeune socialement vulnérable (Missions Locales, Contrats de soutien à l'autonomie (CSAJ) du Conseil général.

- ❖ *Éclaircir les modalités d'échange avec les parents* : Les différents entretiens menés avec les parents et l'augmentation notamment des « entretiens familiaux » incitent à mieux préciser, tant les modalités d'échanges avec les parents, que la place que ces derniers peuvent occuper au sein de l'organisation de la MDA. En effet, si l'effort de l'équipe pour mieux prendre en compte cette dimension est indéniable, un flou demeure cependant, à la fois pour les professionnels mais aussi pour les parents. Il serait utile de préciser aux parents leur place dans l'accompagnement qui sera proposé à leur enfant dès le premier entretien lorsque ceux-ci sont présents. Même si la place des parents dans cet accompagnement dépendra fortement des situations individuelles, il conviendrait d'explicitier cette question, tant au niveau des manières de procéder au sein de l'équipe qu'auprès des parents, afin d'éviter que les parents aient l'impression d'avoir été oubliés et en leur montrant ainsi que cette dimension est également réfléchie et adaptée à leur situation particulière.

C. 3^{ème} orientation : Vers une couverture départementale de la MDA

La vocation de la MDA repose sur un développement de son activité (prise en charge des jeunes, prévention, etc.) sur l'ensemble du département. À ce jour, l'ouverture de l'antenne de Saint-Nazaire, à laquelle vient désormais s'ajouter le dispositif mobile de Blain-Châteaubriant, a permis de renforcer la dynamique territoriale.

Dans cette perspective, si plusieurs stratégies pour renforcer l'implantation de la MDA dans le département peuvent être évoquées, celles-ci devront être mises en relation, soit en lien avec les découpages territoriaux existants (bassins d'éducation, découpage Conseil général, etc.), soit au regard des partenariats déjà mis en œuvre sur le département par la MDA :

1. Développer des groupes ressources permettant de sensibiliser les professionnels

Les entretiens auprès des professionnels bénéficiant des groupes ressources ont montré à quel point cela pouvait être d'un outil utile pour le développement du partenariat local et un soutien pour les professionnels isolés et peu armés face aux problèmes de mal-être des publics. Il apparaît donc important de développer cet outil dans les territoires où les professionnels disposent de moins de ressources partenariales pour permettre l'accompagnement à l'externe des questions de mal-être des jeunes. Ce développement requiert cependant plusieurs points de vigilance. En effet, nous l'avons déjà souligné, l'augmentation de l'activité de la MDA fragilise la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des publics ; les professionnels de la MDA ne peuvent ainsi pas multiplier leur implication dans trop de modalités d'action différentes (notamment dans la mesure où cela implique des temps de trajet important). D'autre part, la dynamique et la réussite des groupes ressources

dépend fortement du contexte local et des attentes des partenaires. Ainsi, il serait prudent de ne pas développer les groupes ressources de façon systématique dans tous les territoires du département mais de partir de diagnostics locaux mettant en évidence les attentes des professionnels concernés à cet égard. Enfin, il faut rester attentif, dans la forme des groupes ressources, à une réelle représentation pluri-professionnelle afin d'éviter le *prima d'une* approche psychologique qui peut décourager certains partenaires éloignés de cette culture professionnelle.

2. S'inscrire dans des permanences existantes

Si les groupes ressources apparaissent comme un élément clef du dispositif, contribuant à une meilleure prise en charge globale des jeunes, **ces groupes ne peuvent cependant suffire** au développement de la MDA. En effet, bien que ces groupes permettent une meilleure prise en compte par les professionnels des difficultés psychiques des jeunes, ils ne permettent pas de répondre complètement aux besoins d'accueil des jeunes en souffrance psychique par des professionnels spécialisés.

Sauf opportunité locale d'un financement permettant la création d'une antenne MDA, *l'inscription de permanences MDA* dans des dispositifs locaux existants offrirait une réponse à ce besoin d'accueil. En ce sens, une analyse des permanences existantes dans le département peut être un point central du développement de la MDA. Nous pensons ici –sans que la liste soit exhaustive- aux Points Informations Jeunesse (40 points d'implantation sur le département²⁴), aux permanences de l'École des Parents et des éducateurs, aux points CAF, aux permanences du Planning Familial, des Missions locales... Sur ce point, la MDA pourrait bénéficier de financements complémentaires, dans le cadre des appels à projet de l'ARS par exemple. L'avantage de cette dynamique serait de rendre opérationnels des partenariats locaux et départementaux, de donner une meilleure visibilité à l'action de la MDA et de permettre l'accueil des jeunes en difficulté psychique par des personnels qualifiés. Elle permettrait, en outre, de réfléchir plus précisément aux dynamiques territoriales, et ce au regard des difficultés observées dans les réalités quotidiennes des jeunes.

D. 4^{ème} orientation : Renforcer l'inscription de la MDA dans des politiques publiques existantes

Afin de renforcer les dynamiques territoriales évoquées précédemment, et permettre aussi une meilleure visibilité de l'action de la MDA, deux politiques publiques peuvent être plus particulièrement ciblées : les politiques de santé et celles de la jeunesse (Éducation Nationale, Accueils de loisirs...)

²⁴ « Une structure d'information jeunesse sur 1 territoire », Document du Crij, 10 pages, juin 2009.

- ❖ Pour renforcer le lien avec les **politiques de santé** et favoriser un ancrage territorial : inscrire la MDA, dans les dispositifs Contrats Locaux de Santé et Contrats Locaux de Santé Mentale. Si, à ce jour, seule la ville de Nantes dispose de ces deux dispositifs, le positionnement de la MDA auprès des élus locaux pourrait permettre de développer l'institutionnalisation d'une approche transversale et partenariale des questions de santé des jeunes dans les municipalités et intercommunalités.
- ❖ Pour les **politiques de jeunesse** : se placer dans la perspective de la nouvelle organisation du Conseil général sur la politique de jeunesse (visée départementale et lien avec les 9 référents jeunesse) et de l'organisation de la Ville de Nantes, notamment.

Il est important d'articuler cette inscription dans les politiques publiques avec une approche en termes de **milieux de vie des jeunes (établissements scolaires, structures de loisirs, structures sociales,...) pouvant donner lieu à l'élaboration d'un programme d'actions**. S'il semble évident, par exemple, à Nantes, de cibler l'action en direction des établissements scolaires, l'association Accoord (qui gère actuellement 19 clubs ados), offre également une potentialité importante de développement de la MDA qu'il ne faut pas négliger.

Pour réaliser ces orientations, il apparaît nécessaire de renforcer la question de l'information des professionnels, des élus, des techniciens sur l'activité de la MDA, et de s'associer plus particulièrement aux techniciens des différents services concernés à propos de la définition des projets et de leur mise en œuvre. Dans cette perspective, et ce dans un souci de répartition des tâches à l'intérieur de la maison des adolescents et de clarification des rôles vis-à-vis des partenaires, il serait nécessaire de préciser les responsabilités au sein de l'organigramme de la MDA. À cet égard, la **nomination d'un(e) directeur(rice) technique**, chargé(e) plus spécifiquement des relations extérieures et de l'inscription dans les dynamiques territoriales, serait judicieuse.

E. 5^{ème} orientation : L'éducation pour la santé

L'une des missions de la MDA est de développer des actions de prévention sur l'ensemble du département. Depuis 2007, différentes actions ont été initiées, notamment sur la dimension « *promotion du bien-être* ». De la même façon, depuis 2011, un partenariat a été mis en place avec l'École des parents et des éducateurs et l'Ancre afin de mieux analyser les demandes émanant de structures scolaires ou autres, portant sur des interventions de prévention. Il apparaît nécessaire pour les années à venir de privilégier et de mieux définir deux approches sur cet aspect :

- ❖ Des présences dans des Forums santé, journées santé, etc. : ces présences ne peuvent être considérées comme des actions de prévention, mais bien comme des éléments de présentation de l'activité de la MDA auprès des jeunes ;
- ❖ L'inscription dans des projets à moyen terme dans le domaine de prévention : ce point nécessite, d'une part, de renforcer la formation des professionnels de la MDA sur cet aspect, mais aussi d'inscrire la MDA dans le pôle de compétence régionale d'éducation pour la santé.

Lorsque des projets ont été menés par la MDA, sur différents territoires, l'inscription de ces projets dans le cadre du programme OSCAR (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) serait pertinente.

F. 6^{ème} orientation : Être un centre ressources et épidémiologie

1. Les statistiques : un outil d'aide à l'action

a) Développer de nouvelles pistes d'action

Les différentes données recueillies lors de la venue des jeunes et de leur famille peuvent constituer, au-delà de la simple description de leurs caractéristiques, une base intéressante pour proposer des orientations quant au développement des actions en direction des publics.

Par exemple : la Maison départementale des adolescents de la Sarthe, constatant que les garçons consultaient peu, a décidé d'orienter son action vers ce public, notamment en privilégiant l'action dans les LEP du département, majoritairement constitués de garçons.

Concernant la MDA 44, des actions pourraient être développées par exemple :

- ❖ **en direction des professionnels extérieurs** : le fait que seulement 1,1% des jeunes fréquentant la MDA (chiffres 2011) aient eu connaissance de cette structure par le secteur de l'animation peut impliquer un renforcement de l'action et de l'information en direction de ces professionnels ;
- ❖ **sur certaines thématiques** : par exemple, renforcer l'information des professionnels de l'Éducation nationale sur la question des problématiques scolaires qui représentent 19% des préoccupations des jeunes reçus en entretien en 2011.
- ❖ **en direction de certains publics** : en 2011, il était noté une baisse importante du nombre de jeunes issus de familles monoparentales, ce nombre passant de 19,9% en 2008 à 5%. Si nous pouvons faire l'hypothèse que cette baisse peut être liée aussi à des recompositions familiales, on peut aussi penser qu'une attention plus forte peut être développée en direction des familles monoparentales. Par exemple, en lien avec la CAF, il serait possible de donner une information auprès des familles recevant le RSA au titre de parents isolés.

b) Renforcer l'information sur la MDA auprès des professionnels en lien avec les données recueillies dans la base de données

Les données recensées peuvent également permettre d'illustrer les réalités des jeunes sous forme de bulletin et/ou de newsletter (si cette perspective est prévue dans le cadre d'une mutualisation de l'information des quatre MDA de la Région, une information départementale peut apparaître comme un complément intéressant).

3 newsletters par an pourraient ainsi être proposées. À titre d'exemple, elles pourraient donner des informations sur des thématiques telles que : que disent les jeunes sur leur sexualité ? Que disent les jeunes sur l'école ? Que disent les jeunes sur la famille ? Existe-t-il des modalités de perceptions différentes des problématiques selon le genre et/ou l'âge... ? Ces éléments d'information pourraient

être complétés par les modalités de réponses offertes par la MDA (tant dans le cadre de l'accueil individuel des jeunes et de leur famille, que dans les partenariats et les actions mises en œuvre).

2. Le développement de conférences par publics

Dans les différents rapports d'activités, il est fait mention de conférences ayant pour objectif de sensibiliser aux questions liées à l'adolescence. Si la fréquentation de ces conférences montre toute leur pertinence, ces dernières sont destinées avant tout aux professionnels. Il serait pertinent, au moins une fois par an, de définir aussi des temps de conférences-débats s'adressant aux parents (en lien avec l'École des Parents et des éducateurs par exemple) et/ou aux adolescents. Pour ce dernier public, les conférences magistrales représentent peu d'intérêt et des modalités comme les ciné-débats pourraient être envisagées. Ces conférences en direction des jeunes pourraient être une opportunité pour renforcer le lien avec le milieu de l'animation dont les pratiques s'inscrivent plus particulièrement dans la question de la mobilisation des jeunes.

G. 7^{ième} orientation : Le GIP et le CAD

Lors de la présentation de son rapport de mission, Mme B. Ayrault évoquait trois possibilités de structuration juridique pour le fonctionnement de la MDA. Il avait été alors préconisé et choisi d'opter pour un fonctionnement sous la forme juridique de GIP.

Au regard de nos entretiens auprès des membres du GIP et auprès de responsables de différentes MDA ayant des statuts juridiques différents (associatif, hospitalier,...), la forme GIP apparaît comme la plus pertinente. Toutefois, deux éléments clefs d'évolution pourraient être développés :

- ❖ Renforcer les débats sur des questions de fond concernant la jeunesse, ses problématiques et sa prise en charge mais aussi sur la place des collectivités territoriales afin de faciliter la perception et l'appropriation de la MDA,
- ❖ Élargir le GIP à l'École des Parents et des éducateurs et au CHU de Nantes,
- ❖ Réfléchir à l'intégration d'utilisateurs.

Le CAD a été développé en tant que groupe de pilotage des actions de la MDA pour faire le lien avec le GIP et permettre ainsi l'articulation entre positionnement institutionnel et acteurs de terrain. Le nombre de réunions de ce groupe est devenu relativement faible. L'une des postures serait de proposer la suppression de cette structure, au risque cependant de se couper des interrogations des acteurs de terrain et de limiter l'appropriation de la structure MDA. Une posture intermédiaire serait d'inclure des représentants des différentes structures au sein du GIP, dans des moments distincts.

IV. Les outils

La démarche d'évaluation a privilégié l'approche qualitative pour cerner les diverses représentations des professionnels, des jeunes et des parents, des partenaires, et des membres du GIP quant au développement de la MDA. Si cette démarche peut être actualisée **tous les 5 ans** environ, des outils d'évaluation permanents peuvent également être mis en place afin de cerner au mieux les diverses évolutions de la MDA. Il est aussi important de préciser qu'une dynamique de concertation entre les MDA de la Région Pays-de-La-Loire sur une harmonisation d'indicateurs a été réalisée et validée par l'ARS.

Il convient d'ajouter que certains indicateurs sont déjà existants au sein de la base de données (âge, origine géographique, composition des familles, thématiques abordées...) et constituent en soi des outils de suivi.

Nous proposons plusieurs pistes pour renforcer les outils déjà existants:

- ❖ **Concernant la base de données** : différents éléments – *a minima* – pourraient y être intégrés :
 - Dans la partie « **mode de connaissance de la MDA** », il convient de mieux préciser les métiers des professionnels qui orientent les jeunes à la MDA: par exemple, pour l'item Éducation Nationale (indiquer enseignants, CPE, infirmières, assistance sociale, médecin scolaire) ou pour le secteur de la santé (médecins généralistes, psychologues libéraux, hôpital,...). Cet aspect permettrait de mieux repérer les « portes d'entrées » à la MDA et d'aider à la définition de stratégies d'informations. Ainsi, selon le Baromètre Santé Jeune 2010 de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays-de-La-Loire²⁵, 81% des jeunes ont recours aux médecins généralistes. De même, une précision plus grande concernant le secteur « social, insertion, lieux d'écoute » (qui pourrait distinguer : Missions locales, services sociaux du Conseil général, centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, services de prévention spécialisée, foyers de l'aide sociale à l'enfance, structures d'urgence sociale et foyers de jeunes travailleurs) permettrait de mieux repérer l'évolution des liens avec les professionnels intervenant auprès de jeunes en difficulté sociale et d'évaluer ainsi l'efficacité du travail « d'aller vers » qui peut s'opérer à l'égard des publics socialement plus vulnérables.
 - Prendre en compte la question **de la temporalité** :
 - délai entre l'accueil et le premier rendez-vous,
 - délai entre le premier rendez-vous et le second,

²⁵ *Baromètre santé Jeunes 15-25 ans : Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents*. ORS Pays-de-La Loire, février 2013, 20 pages.

- nombre d'évaluations faites lors des rencontres cliniques, (périodicité et durée de la réunion).
 - Permettre de creuser la question de la **catégorisation du public** : en introduisant la question de la **catégorie socio-professionnelle** des parents mais également en introduisant un item permettant de savoir si le jeune est parallèlement suivi au niveau social ou socio-éducatif (aide sociale à l'enfance ou protection judiciaire de la jeunesse par exemple) ce qui permettrait de mettre évidence les situations complexes accompagnées par la MDA (cf. notre typologie « Situations et formes d'accompagnement des jeunes » dans le rapport).
 - Faire apparaître dans les rapports d'activités, **le nombre de personnes vues par les équipes mobiles et leur orientation éventuelle.**
 - **Indiquer le nombre de retours de jeunes à la MDA suite à une orientation externe qui n'a pas pu être opérationnalisée** Cet aspect est important à deux niveaux : mieux identifier les tensions dans la prise en charge ; mieux identifier les « services rendus » à d'autres structures. Ce dernier point peut aussi faire l'objet de financement.
- ❖ **Entreprendre tous les deux ans, une enquête de « satisfaction »** auprès des jeunes et des parents ayant été accueillis à la MDA. Cette enquête –qui peut être réalisée par téléphone ou via le site internet de la MDA²⁶, permettrait de mieux cerner des points concernant : la durée d'attente pour les rendez-vous, la qualité de l'accueil, la qualité de la prise en charge et des réponses aux attentes, la question de l'orientation des jeunes, le bénéfice perçu ou non par les jeunes suite à leur prise en charge par la MDA.
- ❖ En ce qui concerne **la question du regard des jeunes sur la MDA**, il serait intéressant d'introduire cette dimension au sein de l'enquête baromètre santé jeune menée par l'INPES et dont une déclinaison régionale est réalisée pour les Pays-de-la-Loire par l'Observatoire Régional de la Santé. En effet, dans la partie « prise en charge pour raison de santé mentale » (ce qui peut paraître restrictif quant aux raisons de la venue des jeunes à la MDA), l'une des questions (Question 230 Baromètre 2010) permet de préciser la structure ayant pris en charge et/ou informé le jeune en cas de difficultés (CMP, Urgences, groupe d'entraide, association...). Il serait pertinent d'inscrire la MDA dans les différents items proposés.
- Cette inscription permettrait aussi de cerner le degré d'information des jeunes sur l'existence des MDA, tant d'un point de vue régional que départemental.

²⁶ Cette méthode d'enquête de satisfaction est utilisée par plusieurs maisons départementales des adolescents.

Afin d'intégrer cet item « MDA », deux stratégies complémentaires pourraient être mises en œuvre :

- Une de portée **nationale** soutenue par l'ANMDA auprès de l'INPES pour intégrer cet item ;
 - Une de portée **régionale**, auprès des financeurs (Conseil Régional, ARS) et de l'ORS chargée de la déclinaison du Baromètre santé.
-
- ❖ En termes d'outils **complémentaires**, il pourrait être pertinent que chaque partenaire inscrive dans ses rapports d'activités le nombre de jeunes et/ou de parents orientés vers la MDA afin de mieux mesurer les flux existants entre les différentes structures. Cet aspect peut être mis en avant dans un conventionnement de partenariat.

 - ❖ Un « **compteur** » de connexions sur le site internet pourrait permettre de mieux cerner les recherches d'informations des différents publics concernés par la MDA : Jeunes, parents et professionnels.

 - ❖ Sur **les groupes ressources** : outre le nombre de groupes existants dans le territoire départemental et leur répartition, il faudrait indiquer leur périodicité, le type d'acteurs y venant, le nombre de cas proposés (soit par un membre du groupe initial, soit par quelqu'un d'extérieur).

 - ❖ Le **nombre d'actions** développées (réseau, actions de prévention) dans le département.

Propositions d'orientations pour la MDA 44 à deux et cinq ans

Missions	Objectifs	Orientations	Propositions	Délais de mise en œuvre
Accueillir et accompagner le public	Faire face à l'augmentation du nombre de jeunes	Garantir la souplesse et la réactivité dans l'accueil du public	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les intervenants spécialisés - Renforcer l'orientation externe - Mettre en œuvre des ateliers collectifs 	Dans les 2 ans
	Toucher plus fortement les jeunes issus des quartiers CUCS et rencontrant des difficultés socio-économiques	Développer une démarche volontariste	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le partenariat avec les structures - Aller vers les publics en difficulté 	Dans les 2 ans
Couverture géographique : fédérer et animer le réseau	Améliorer la reconnaissance et la légitimité de la MDA auprès des acteurs publics	<p>S'inscrire au plus près des territoires</p> <p>Renforcer l'inscription dans des politiques publiques existantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des groupes ressources, intégration dans des permanences déjà existantes - Inscription notamment dans les Contrats locaux de santé 	Dans les 5 ans
Centre ressource			<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser la base de données comme aide à l'action 	2 ans
			<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'information 	1 an
GIP	Pérenniser le bon fonctionnement	Ouverture à des questions de fond	<ul style="list-style-type: none"> - Inclure de nouveaux membres - Consacrer une réunion à des questions de fond 	Exercice 2014
Outils	Améliorer le suivi		<ul style="list-style-type: none"> - Affiner la base de données - Réaliser une enquête satisfaction - Être intégré au Baromètre Santé 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 an, base de données - Tous les 2 ans enquête - Baromètre dans les 5 ans.

Annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Pour des raisons de confidentialité, cette liste n'inclut pas les jeunes et les parents rencontrés.

a) Les entretiens avec les professionnels de la MDA et les intervenants spécialisés

Nom et fonction de la personne	Structure	Date
Mme Morin, assistante de direction	MDA 44 Nantes	05/06/2012
Melle Alamome, animatrice multimédia	MDA 44 Nantes	05/06/2012
Mme Le Pen, animatrice accueil	MDA 44 Nantes	11/06/2012
M. Poitou, psychologue, coordinateur clinique	École des parents et des éducateurs	14/06/2012
Mme Desmas, animatrice accueil	MDA 44 Saint-Nazaire	14/06/2012
M. Bodin, accompagnant social	MDA 44 Saint-Nazaire	14/06/2012
Melle Leray, accompagnante sociale	MDA 44 Saint-Nazaire	14/06/2012
Mme Picot-Guivarch, animatrice d'accueil, en charge de l'animation réseau	MDA 44 Blain/Châteaubriant, Pays d'Ancenis et Vignoble nantais	15/06/2012
Mme Lefèvre, psychologue	La Rose des Vents, Saint-Nazaire	18/06/2012
Mme Chibrac, accompagnante sociale	MDA 44 Nantes	21/06/2012
M. Maillet, psychiatre	Unité Espace, CHU Nantes	21/06/2012
Mme Tamalet, psychologue	Espace Barbara, CHU de Nantes	21/06/2012
Mme Robert, psychologue	École des parents et des éducateurs	21/06/2012
M. Burban, accompagnant social	MDA Nantes	29/06/2012
M. Picherot, pédiatre, coordinateur médical	CHU Nantes	29/06/2012
Mme Chassevent, psychiatre	Espace Barbara, CHU Nantes	29/06/2012
M. Haulle, chef de service	CH de Saint-Nazaire	29/06/2012
M. Cottin, directeur	MDA de Nantes	10/07/2012

b) Les entretiens avec les professionnels partenaires du réseau de proximité de la MDA

Nom et fonction de la personne	Structure	Date
M. Merniz, animateur	Fédération des maisons de quartier, Saint-Nazaire	22/10/2012
Mme Gérard, médecin	Éducation nationale, Saint-Nazaire	24/10/2012
Mme Hamard, assistante sociale	CG CMS Sainte Pazanne (Pornic)	30/10/2012
Mme Dutouquet, assistante sociale	La Rose des Vents, Saint-Nazaire	30/10/2012
Mme Lefèvre, psychologue	La Rose des Vents, Saint-Nazaire	15/11/2012
Mme Freslon, psychologue	CAO Saint-Nazaire	15/11/2012
Mme Fougère, infirmière	Service pédiatrie, CH Saint-Nazaire	21/11/2012
Mme Collin, éducatrice spécialisée	ASE - CG CMS Ste Pazanne (Pornic)	22/11/2012
M. Eric Delval, éducateur spécialisé	Association nazairienne de prévention spécialisée (ANPES)	06/12/2012
Mme Lassalle, infirmière, conseillère	Inspection d'académie, Loire-	10/12/2012

technique	Atlantique	
M. Berlivet	ARS Pays de la Loire	10/12/2012
M. Bernier, directeur	Association Le Triangle, Nantes	04/01/2013
Mme Delanou, directrice	CRIJ, Nantes	09/01/2013
Mme Lescarret	L'Ancre, Nantes	11/01/2013
Mme Devaux, directrice	Planning familial, Nantes	11/01/2013
M. Deplanque, directeur	ACCOORD, Nantes	11/01/2013
M. Chatiel, responsable	CMP infanto juvénile Nantes	11/01/2013
Mme Portier, directrice adjointe	Mission locale de Saint-Nazaire	15/01/2013
M. Martin, directeur	Association d'action éducative de Loire-Atlantique	28/02/2013
Mme Dugast, accompagnatrice de vie sociale et professionnelle	CFA, Saint-Brévin	07/03/2013
Mme Normand, animatrice socioculturelle	AILJ, Saint-Nazaire	26/03/2013

c) Les entretiens avec les partenaires institutionnels de la MDA

Nom et fonction de la personne	Structure	Date
Mme Vidal, infirmière conseillère technique	Rectorat d'Académie, Nantes	22/10/2012
Mme Roussel-Dugué, directrice	École des parents et des éducateurs, Nantes	23/10/2012
M. Ricaud, directeur	PJJ Loire-Atlantique	30/10/2012
Mme Méaupe	ARS Pays-de-la-Loire	12/11/2012
Mme Le Tallec, inspectrice	Direction départementale de la cohésion sociale 44	12/11/2012
Mme Bourré, Mme Métois	CG – Jeunesse, éducation populaire	14/11/2012
Mme Baudet, élue santé petite enfance	Ville de Saint-Nazaire	15/11/2012
M. Quartier, chargé de mission	Mission politique de la ville, Nantes Métropole	22/11/2012
M. Gutknecht, Mme Chevillon, Mme Trélohan direction enfance jeunesse	Ville de Nantes	22/11/2012
Mme Choquet, Conseillère communautaire	Nantes Métropole	06/12/2012
M. Allard, vice-président	Conseil général de Loire Atlantique	20/02/2013

d) Les entretiens avec d'autres MDA

Nom et fonction de la personne	Structure	Date
Mme Meyssonier,	MDA Vaucluse	19/11/2012
Mme Escure	MDA Charente-Maritime	20/11/2012
Mme Ligez	MDA Côte-d'Or	20/11/2012
Mme Deguille	MDA Haut-Rhin	06/12/2012
M. Guérin	MDA Indre-Et-Loire	12/12/2012

Annexe 2 : Guides d'entretien

A. Guide d'entretien adolescents / parents

1. La situation actuelle

(à recueillir au cours de l'entretien, éventuellement poser des questions supplémentaires en fin d'entretien)

- Age
- Situation scolaire /professionnelle
- Relations avec la famille (parents, fratrie, etc.)
- Relations amicales, amoureuses
- Rapport à l'école
- Organisation du temps libre
- CSP des parents

2. Avis sur l'accompagnement et image de la MDA

- Est-ce que vous pourriez me raconter à quelle occasion vous vous êtes adressé à la MDA la première fois ? (qui vous avait renseigné ? avec qui étiez-vous venu ? quelles étaient vos questions/attentes ?)
- Est-ce que vous pouvez me raconter comment ça s'est passé ?
- Qu'est-ce que vous attendiez de la MDA quand vous vous êtes adressé ici pour la première fois ?
- Que pensez-vous des réponses qui vous ont été données par rapport à vos attentes ?
- Vous êtes venu souvent à la MDA ?
- Est-ce que vous pourriez me raconter comment ça se passe à la MDA ?
- Comment se passent les RDV (durée, types de discussion, quels acteurs en présence...) ?
- Est-ce que vous avez rencontré plusieurs personnes ici ? Si c'est le cas, qui s'occupe de quoi ?
- Que pensez-vous de l'accompagnement qui vous est proposé ?
- Est-ce que vous pourriez m'en dire un peu plus sur les relations que vous entretenez avec les personnes que vous avez rencontrées ici ?
- Est-ce que vous avez l'impression que vos attentes sont comprises ? Est-ce que vous vous sentez entendu ?
- Est-ce que le fait de venir ici a changé des choses dans votre vie ?
- Qu'est-ce que vous trouvez bien /moins bien à la MDA ?
- Que mettriez-vous en place pour améliorer les choses ?
- Est-ce que vous recommanderiez à un ami de s'adresser à la MDA ? Pour quel type de question/problème ?
- Comment lui décririez-vous la MDA ?

3. Le parcours de prise en charge

- Est-ce que vous avez déjà eu l'occasion de vous adresser à d'autres structures / d'autres personnes pour les problèmes que vous rencontrez ?
- Si oui, à quelle occasion ? Comment avez-vous connu cet(ces) endroit(s) ?
- Que pensez-vous de ces structures / personnes ? Que pensez-vous de l'aide que l'on vous propose ?
- Quelles sont les différences / ressemblances avec la MDA ?
- Que pensez-vous du lien qui est fait entre les différents services / actions qui vous sont proposés ?
- Pourriez-vous m'expliquer comment vous vous organisez pour vous rendre dans ces différents services/équipements ? (déplacements, modes de transport)
- Trouvez-vous des réponses suffisantes ?
- Que pensez-vous de ce qui est mis en place pour les jeunes ?
- Y a-t-il des choses qui vous posent problème ?
- Y a-t-il des choses qui vous semblent utiles ?
- Que mettriez-vous en place pour améliorer les choses ?

B. Guide d'entretien collectif « Jeunes »

- Si vous (ou un de vos amis) rencontrait des problèmes, un mal-être, que vous (ou un de vos amis) aviez besoin d'être écouté par quelqu'un, à qui vous adresseriez-vous ? A qui lui conseilleriez-vous de s'adresser ?
- Quels sont les endroits que vous connaissez où l'on peut être écouté ?
- Qu'en pensez-vous ?
- Est-ce que les endroits où l'on peut être écouté sont adaptés ? Sont-ils suffisants selon vous ?
- Connaissez-vous la MDA ?
- A quelle occasion en avez-vous entendu parler ?
- Pourriez-vous nous décrire ce qu'est, selon vous, cette structure ?
- Quelle aide peut-elle apporter ?
- Vous vous y adresseriez si vous aviez des soucis ? (ou vous le conseilleriez à un proche) ?
- Quelles différences avec un psy en ville ou à l'hôpital par exemple ?

C. Guide d'entretien équipe MDA

1. L'interlocuteur et l'organisation

- Comment définiriez-vous les missions de la MDA ?

- Selon vous, dans quelle mesure les modalités d'intervention de la MDA correspondent-elles aux missions qui lui ont été confiées ?
- Pouvez-vous nous présenter votre poste et ses missions ?

2. Les modalités de l'intervention et la nature de la relation

- Comment définiriez-vous votre rôle dans l'intervention auprès des adolescents ?
- Quels sont les objectifs de l'intervention auprès de ce public ?
- Pourriez-vous décrire la façon dont vous procédez pour accompagner ce public ? Quelles peuvent être vos différentes activités dans ce cadre ?
- Quelle est la fréquence de vos rencontres avec ce public ? Combien de temps durent-elles en moyenne ?
- Où ces rencontres se déroulent-elles ?
- Arrive-t-il qu'un jeune soit en désaccord avec le contenu de l'intervention proposé/ avec le principe de l'intervention ? Comment réagissez-vous dans ce cas ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces populations ? Selon vous, à quoi sont-elles liées ?
- Lorsqu'un jeune présente/rencontre des difficultés qui ne sont pas de votre compétence, quels sont les outils, les relais, les soutiens dont vous disposez ?
- Vous arrive-t-il d'estimer que le suivi d'un jeune ne relève pas de votre compétence ? Dans quels cas ? Pourriez-vous me décrire une expérience de ce type de situation ? Comment procédez-vous ?
- Quels sont les problèmes des adolescents identifiés dans votre territoire (sociaux, santé, économiques...) ?
- Y a-t-il une évolution récente du profil de ces adolescents ? Si oui, comment l'évaluez-vous ? Selon vous, à quoi est-elle liée ?
- Ce constat a-t-il conduit à envisager de nouvelles modalités d'action ?

3. L'inscription dans les politiques publiques

- Quels sont les outils dont vous disposez pour intervenir auprès des adolescents ?
- Comment les mobilisez-vous ? (Occasion, procédure, objectifs)
- Vous semblent-ils adaptés aux situations que vous rencontrez ?
- Rencontrez-vous des difficultés dans l'utilisation de ces outils ?
- Quels sont vos liens avec vos financeurs ? Participez-vous à des groupes de travail qu'ils initient ?

4. Les relations professionnelles et les modes de coopération

- Quels sont les acteurs avec lesquels vous avez l'habitude de travailler lorsque vous intervenez auprès d'un jeune ?
- Comment se passe le suivi du jeune dans ce cas ? Un référent est-il déterminé ? Existe-t-il des formes d'allers-retours, des échanges avec les professionnels autour du suivi des personnes ?
- Vous arrive-t-il de vous rencontrer en dehors des situations de suivi ? (par exemple, dans des groupes de réflexion, des réseaux professionnels)

- Comment vos missions sont-elles définies par rapport à celles des autres acteurs intervenant auprès des adolescents du territoire ? Qu'est-ce qui différencie vos pratiques au quotidien ?
- Y a-t-il des différences dans la façon d'apprécier la question de la prise en charge de cette population ?
- Avec qui, selon vous, l'accompagnement des adolescents doit-il être mis en œuvre ?
- Qu'en est-il effectivement des relations avec ces différents acteurs dans le cadre de l'accompagnement des adolescents ?
 - Du point de vue des modalités (conventions, information/communication, fréquence des rencontres, réunions formelles, contacts informels...) ?
 - Du point de vue des objectifs (nouveaux projets, répartition des compétences...) ?
- Ces relations/les acteurs concernés ont-ils évolué ces dernières années ? A quelle occasion ?
- Pensez-vous qu'il faudrait que ces relations évoluent ?
- Y a-t-il des difficultés de fonctionnement au sein du réseau d'acteurs ?
- Quelles attentes avez-vous par rapport aux autres acteurs ?

5. La position dans l'organisation et la division du travail

- Comment vos missions sont-elles définies par rapport à celles des professionnels intervenant dans votre structure ? Qu'est-ce qui différencie vos pratiques au quotidien ?
- Qui formule les objectifs et les modalités de votre intervention ?
- Rendez-vous compte de votre activité ? A qui ? Sous quelle forme ?
- Avez-vous l'impression que la conception que vous avez de votre métier correspond aux attentes de votre structure ?
- Vous êtes-vous déjà trouvé en porte-à-faux par rapport à votre structure ? Si oui, à quelle occasion ?

6. Les sources de prescriptions externes

- Quels sont les critères d'évaluation du travail qui est fait par votre structure auprès des adolescents ?
- Qui évalue ce travail ?
- Que pensez-vous des modalités de cette évaluation ?

7. Un regard sur les trajectoires professionnelles

- Depuis quand occupez-vous ce poste ?
- Quel a été votre parcours avant d'occuper ce poste ? (expériences professionnelles, formation...)
- Votre pratique professionnelle correspond-elle aux attentes que vous aviez par rapport à ce poste ?
- Votre pratique professionnelle a-t-elle évolué depuis vos débuts à ce poste ? A quelle occasion ?
- Comment envisagez-vous votre avenir professionnel ?

D. Guide d'entretien partenaires de la MDA

1. L'interlocuteur et l'organisation

- Pouvez-vous nous présenter votre institution ?
- Comment votre structure est-elle financée ?
- Comment les actions auprès des adolescents sont-elles financées ?
- Pouvez-vous nous présenter votre poste et ses missions ?

2. Les modalités de l'intervention auprès des adolescents

- Dans quelle mesure votre mission concerne-t-elle la prise en charge des adolescents ? A quelles occasions intervenez-vous auprès de ce public ?
- Quel est le public que vous visez ?
- Comment définiriez-vous votre rôle dans l'intervention auprès des adolescents ?
- Quels sont les objectifs de l'intervention auprès de ce public ?
- Pourriez-vous décrire la façon dont vous procédez pour accompagner ce public ? Quelles peuvent être vos différentes activités dans ce cadre ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge de cette population ? Selon vous, à quoi sont-elles liées ?
- Lorsqu'un adolescent présente/rencontre des difficultés qui ne sont pas de votre compétence, quels sont les outils, les relais, les soutiens dont vous disposez ?
- Vous arrive-t-il d'estimer que le suivi d'un adolescent ne relève pas de votre compétence ? Dans quels cas ? Pourriez-vous me décrire une expérience de ce type de situation ?
- Si oui, comment procédez-vous ?
- Quels sont les problèmes des adolescents identifiés dans votre territoire (sociaux, santé, économiques...) ?
- Y a-t-il une évolution récente du profil de ces adolescents ?
- Ce constat a-t-il conduit à envisager de nouvelles modalités d'action ?
- Quels sont les critères d'évaluation du travail qui est fait par votre structure auprès des adolescents ?
- Qui évalue ce travail ?
- Que pensez-vous des modalités de cette évaluation ?

3. L'image de la MDA

- Comment définiriez-vous les missions de la MDA ?
- Selon vous, dans quelle mesure les modalités d'intervention de la MDA correspondent-elles aux missions qui lui ont été confiées ?
- Comment vos missions sont-elles définies par rapport à celles de la MDA ? Qu'est-ce qui différencie vos pratiques au quotidien ?

4. Les relations professionnelles et les modes de coopération avec les partenaires

- Vous arrive-t-il de travailler avec la MDA ? À quelle occasion ?
- Comment vos relations avec la MDA s'organisent-elles ?
 - Du point de vue des modalités (conventions, information/communication, fréquence des rencontres, réunions formelles, contacts informels...) ?
 - Du point de vue des objectifs (nouveaux projets, répartition des compétences...) ?
- Lorsque la collaboration concerne l'accompagnement des adolescents, comment se passe le suivi ? Existe-t-il des formes d'allers-retours, des échanges avec les professionnels autour du suivi des adolescents ?
- Y a-t-il des différences dans la façon d'apprécier la question de la prise en charge de cette population ?
- Quels sont les autres acteurs avec lesquels vous avez l'habitude de travailler lorsque vous intervenez auprès d'un adolescent ?
- Vous arrive-t-il de travailler avec la MDA en dehors des situations de suivi ? (par exemple, dans des groupes de réflexion, des réseaux professionnels, des formations...)
- Vos relations avec la MDA ont-elles évolué ces dernières années ? À quelle occasion ?
- Pensez-vous qu'il faudrait que ces relations évoluent ?
- Y a-t-il des difficultés de fonctionnement au sein du réseau des acteurs concernés par la prise en charge des adolescents ?
- Quelles attentes avez-vous par rapport à la MDA ?
- D'une manière générale, quelles sont vos attentes par rapport à l'action menée en direction des adolescents dans votre territoire ?

E. Guide d'entretien partenaires institutionnels (GIP)

1. L'interlocuteur et l'organisation

- Pouvez-vous nous présenter votre institution ? Dans quelle mesure est-elle concernée par les adolescents ?
- Pouvez-vous nous présenter votre poste et ses missions ?
 - ✓ Dans quelle mesure votre mission concerne-t-elle la prise en charge des adolescents ?

2. Les politiques prenant en charge les questions d'adolescence

- Mettez-vous en œuvre une politique en direction des adolescents ?
 - ✓ Comment se décline-t-elle ?
 - ✓ Quelles en sont les orientations ?
 - ✓ Quand a-t-elle été formalisée ?
 - ✓ Quelles en sont les évolutions récentes ?

[Dans le cas d'une présentation du rapport d'activité par exemple : quelle lecture en faites-vous ?]

- Quels sont les objectifs fixés et les échéances pour ces objectifs ?
- Quels sont les services / structures qui sont chargés de leur réalisation ?
- Quels sont les moyens mis en œuvre pour la réalisation de ces objectifs ?
- Y a-t-il des partenariats envisagés ?
- Quelles sont les ressources mobilisées ?
 - ✓ En termes de moyens humains ?
 - ✓ En termes de moyens organisationnels ?
 - ✓ En termes de moyens logistiques ?
 - ✓ En termes de moyens financiers ?

3. Les représentations des publics cibles

- Quels sont les problèmes des adolescents identifiés dans votre territoire ?
 - ✓ Les problèmes sociaux ?
 - ✓ Les problèmes de santé ?
 - ✓ Les problèmes économiques ?
 - ✓ Selon vous, à quoi sont-ils liés ?
- Comment avez-vous identifié ces situations problématiques ?
- Quelles sont les solutions envisagées pour y répondre ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces populations ? Selon vous, à quoi sont-elles liées ?
 - ✓ aux caractéristiques et comportements des adolescents eux-mêmes ?
 - ✓ à des contraintes structurelles ?
 - ✓ à des contraintes budgétaires ?
 - ✓ à des contraintes professionnelles ?
 - ✓ à des contraintes territoriales ? etc.
- Y a-t-il une évolution récente du profil de ces adolescents ?
 - ✓ Si c'est le cas, comment l'évaluez-vous ?
 - ✓ Selon vous, à quoi est-elle liée ?
- Ce constat a-t-il conduit à envisager de nouvelles modalités d'action ?

4. L'image de la MDA

- Comment définiriez-vous les missions de la MDA ?
- Selon vous, dans quelle mesure les modalités d'intervention de la MDA correspondent-elles ou non aux missions qui lui ont été confiées ?
- Comment vos relations avec la MDA s'organisent-elles ?
 - Du point de vue des modalités (conventions, information/communication, fréquence des rencontres, réunions formelles, contacts informels...) ?
 - Du point de vue des objectifs (nouveaux projets, répartition des compétences...) ?
- Les objectifs de la MDA ont-ils évolué ces dernières années ? À quelle occasion ?
- Les modalités d'intervention de la MDA ont-elles évolué ces dernières années ? À quelle occasion ?

- Dans quel sens serait-il souhaitable, selon vous, que les objectifs et les modalités d'intervention de la MDA évoluent ?
- Quelles attentes avez-vous par rapport à la MDA ?

5. Le système local d'acteurs

- Y a-t-il des évolutions récentes ou à venir du réseau des acteurs concernés par la prise en charge des adolescents ?
- Y a-t-il des différences dans la façon d'apprécier la question de la prise en charge de cette population ?
- Y a-t-il des difficultés de fonctionnement au sein du réseau des acteurs concernés par la prise en charge des adolescents ?
- Quelles attentes avez-vous par rapport aux autres acteurs ?
- D'une manière générale, quelles sont vos attentes par rapport à l'action menée en direction des adolescents dans votre territoire ?
- Qu'est-ce qui vous apparaît comme une prise en charge pertinente ?

6. Difficultés rencontrées/améliorations possibles

- Rencontrez-vous des limites dans la mise en œuvre des mesures en direction de ces adolescents ?
 - ✓ Selon vous, à quoi sont-elles liées ?
 - ✓ Quelles sont, selon vous, les mesures à envisager pour les éviter ?
- Quels sont les points du dispositif qui fonctionnent bien ?