

ANMDA

Association Nationale
Maisons Des Adolescents

GLOSSAIRE

LES TERMES CLÉS DE L'ACTIVITÉ DES

Maisons des Adolescents

www.anmda.fr





Glossaire

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

Albert Camus

MÉTHODOLOGIE DE CE GLOSSAIRE

Le contexte

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

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

Une démarche en quatre étapes

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

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

LA DYNAMIQUE DE RÉFLEXION AU SEIN DES COMMISSIONS DE CONSENSUS

Le questionnement au fondement de la démarche

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

L'objectif des réunions

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



CONSTITUTION DE LA COMMISSION ET DÉROULEMENT DES RÉUNIONS

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

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

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

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

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

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

La présentation du glossaire

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

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

La réactualisation du glossaire

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



Sommaire du glossaire

TERMES GÉNÉRIQUES

Adolescent	07
Parents	09
Prévention	10
Santé	11

TERMES RELATIFS AUX PARCOURS

Accompagnement	12
Accueil	13
Coordination	14
Évaluation des situations	15
Orientation	16

TERMES RELATIFS AUX MOYENS D'INTERVENTION

Atelier	17
Écoute	18
Information	19
Partenariat	20
Pluridisciplinarité	21
Réseau	22
Soin et prise en charge	23

Adolescent

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

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

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

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

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

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

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

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



¹ Extrait de la charte de l'ANMDA

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

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

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

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

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



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

² Extrait du cahier des charges des MDA

Parents

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

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

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

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

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

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



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

Il est également important de rappeler que les MDA sont «des structures ouvertes où les adolescents peuvent se rendre librement et gratuitement sans qu'une autorisation préalable des parents soit nécessaire».

Cependant, il conviendra de rechercher l'adhésion de l'adolescent à une mise en lien avec ses parents, sauf circonstances particulières définies par la loi.

¹ Article 375-3 du code civil

Prévention

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

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

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

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

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

Elle peut être primaire, secondaire ou tertiaire :

- Elle est primaire lorsqu'elle vise à réduire l'incidence par l'anticipation.
Il peut s'agir, par exemple, d'intervenir auprès de jeunes sur des thématiques de mal-être/bien-être, de les informer de l'existence de lieux ou de personnes ressources, ou bien encore de favoriser le développement de leurs compétences psychosociales.
- Elle est secondaire lorsqu'elle a pour objectif de réduire la gravité, visant aussi précocement que possible les risques manifestes d'un éventuel processus pathologique.
Par exemple, il peut s'agir au sein des MDA de reconnaître diverses consommations pour construire une démarche d'information
- Elle est tertiaire lorsqu'elle vise à réduire les séquelles d'une maladie déclarée et à rétablir l'état de santé initial. Par exemple, développer des groupes à médiations thérapeutiques (artistiques, sportives ou autres) pour des adolescents malades au sein des MDA.

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

Il s'agit globalement :

- de prévenir les ruptures physiques, affectives, psychiques, éducatives et sociales dans les parcours de soins et les parcours de vie par rapport à la famille, l'école et/ou la société.
- de prévenir les risques et les mises en danger dans des domaines aussi divers que la santé, le mal-être, la sexualité, les addictions, les maltraitances, etc.
- et de favoriser l'accès aux dispositifs de droits communs (éducatifs, sociaux, juridiques, sanitaires, pédagogiques et soins).

Santé

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

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

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



¹ Charte d'Ottawa, OMS, 1986

Accompagnement

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

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

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

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



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

Accueil

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

Les MDA veillent à «favoriser l'accueil en continu¹ par des professionnels divers pour faciliter l'accès de ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels»².

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

Dans cette logique :

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

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

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

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



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

² Extrait du cahier des charges des MDA

Coordination

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

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

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

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

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

responsabilité et l'engagement professionnel de chacun, sans méconnaître le risque de «l'illusion égalitaire»¹.

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

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

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

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

Evaluation des situations

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Orientation

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

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

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



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

Atelier

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

Il est défini par :

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

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



Écoute

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

Elle a pour objectif :

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



Information

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

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

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



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

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

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



¹ Extrait du cahier des charges des MDA

Partenariat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pluridisciplinarité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Réseau

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

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

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

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

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

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



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

¹ Article L. 6321-1 du code de la santé publique

² Extrait du cahier des charges des MDA

Soin et prise en charge

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

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

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



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

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

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

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

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



**Association Nationale
Maisons Des Adolescents**

69 rue d'Ingouville
76600 Le Havre
TÉL. : 02 32 74 27 30
FAX : 02 32 74 27 39

www.anmda.fr

