



HAL
open science

L'accueil des adolescents à la MDA : l'anonymat et la confidentialité déterminent-ils le recours de l'adolescent à ce dispositif?

Camille Vandeputte

► To cite this version:

Camille Vandeputte. L'accueil des adolescents à la MDA : l'anonymat et la confidentialité déterminent-ils le recours de l'adolescent à ce dispositif?. *Psychiatrie et santé mentale*. 2018. dumas-02112532

HAL Id: dumas-02112532

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02112532>

Submitted on 26 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
UFR DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2018

N° 2018-190

L'ACCUEIL DES ADOLESCENTS À LA MDA :
L'ANONYMAT ET LA CONFIDENTIALITÉ
DÉTERMINENT-ILS LE RECOURS DE L'ADOLESCENT À CE
DISPOSITIF ?

THÈSE D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ :PSYCHIATRIE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 DÉCEMBRE 2018

Par **Camille Vandeputte**

PRÉSIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Monsieur le Docteur Olivier BALÉDENT

Madame le Docteur Nathalie REY

DIRECTEUR DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

DÉDICACES

Au président du jury,

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)

Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Vous m'avez fait l'honneur et le plaisir de diriger ce travail.

Je tenais à vous remercier pour votre encadrement et vos conseils toujours de qualité.

Vous avez toujours su vous montrer disponible et bienveillant .

Au-delà de ce travail de thèse, je vous remercie de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagnée tout au long de mon parcours d'interne. Merci de m'avoir acceptée au sein de votre service à mes débuts en pédopsychiatrie et pour la grande qualité de votre enseignement

Vous me faites le plaisir et l'honneur de présider le jury de ma soutenance de thèse. Veuillez recevoir mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de votre présence pour ma thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mon respect pour la Médecine de l'adolescent que vous portez avec autant d'enthousiasme.

Merci de votre gentillesse et de vos précieux conseils.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance pour votre aide bienveillante.

À Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Hématologie - Transfusion

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous me faites le plaisir et l'honneur d'évaluer ce travail.

Veillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adulte

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail.

Très sensible à cet honneur, je vous prie ici de trouver l'expression de mes remerciements.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Olivier BALÉDENT

Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de traitement de l'image

Médecine nucléaire et traitement de l'image

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse.

Je vous témoigne mon plus profond respect.

À Madame le Docteur Nathalie REY

Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)

Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

Avec gentillesse, tu as accepté d'évaluer ce travail.

Merci de m'avoir chaleureusement accueillie avec ton équipe de la MDA d'Amiens.

Merci pour ta bienveillance, tes encouragements, et tes précieux conseils.

Je t'adresse toute ma gratitude.

REMERCIEMENTS

*À mes parents, Catherine et Thibault,
Je ne serais pas arrivée où je suis aujourd'hui sans votre soutien et votre amour.*

À mes grands frères, Médéric et Guillaume.

*À Hélène,
Merci pour ton amitié sans faille et ton soutien depuis ces derniers mois.
Tes conseils ont toujours été précieux pour moi.*

*À ma tante Sylvie,
Merci pour ces relectures minutieuses et tes conseils avisés*

*À ma famille,
Pour votre affection et votre soutien.*

*À mes amis,
Michaël, Sophie, Samir, Kévin, Clément, Simon, Céline, Etienne et Morgane,
À vous tous pour tous ces bons moments partagés ensemble depuis maintenant plusieurs
années. J'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.*

*À l'équipe de la MDA d'Amiens,
À Sabine, Amandine, Marie-Laure, Julien, Blandine, Ludivine, Christine, Marlène et
Laurence.
Pour votre chaleureux accueil,
Pour m'avoir fait découvrir toute la richesse de ce travail quotidien auprès des adolescents
et leur famille. Pour votre enthousiasme et votre bienveillance.
Sans vous je n'aurais pu mener ce travail à son terme.
Merci pour le temps que vous y avez consacré et pour nos nombreux échanges qui m'ont,
beaucoup apporté. Merci infiniment.*

*À mes co-internes et amis de l'association,
Sofian, Jérôme, Alexandre, Manon, Emilie, Ugo, Victoria et Bastien,
Nous avons mené de front de beaux projets et avons passé tant de bons moments,
Merci pour votre amitié.*

*À mes amis de longue date,
Véronique et Aline,
Sonia et Marian, Marie et Antoine B, Laura et Antoine L, Grégoire et Annabelle,
Nous avons pris des chemins divers,
mais votre amitié et nos retrouvailles comptent toujours autant pour moi.*

*À mes co-internes et chefs qui m'ont accompagnée tout au long des stages,
Valentine, Alexandre, Valérie,
Benoit, Arnaud, Benjamin, Sébastien, Anthony, Lucie, Hélène, Mar
Leila et Emilie,
Pour ces amitiés nouées au cours de mon internat.*

*À mes futurs collègues,
Sophie Dupeyron, Émilie Barthe, Medhi Delhaye, et toute l'équipe du CMP et du CATTP de
la Place Au Feurre,
Merci pour votre accueil pour mon dernier semestre d'internat. Je me ravis de travailler à
vos côtés très prochainement.*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
1. L'adolescence et les adolescents	13
1.1. Définitions	13
1.2. L'adolescence face à la société	13
1.2.1. D'hier	13
1.2.2. ... Et d'aujourd'hui	16
1.3. L'adolescent face à sa santé et son bien-être	17
1.3.1. Définitions de la santé et du bien-être	17
1.3.2. Perception de l'adolescent sur sa santé et son bien-être	17
1.3.3. L'accès aux soins par les adolescents	19
2. La Santé des adolescents : une préoccupation nationale	20
2.1. La Mission Bien-être et Santé des jeunes	21
2.2. La place centrale des Maisons Des Adolescents	22
3. La Maison des adolescents	22
3.1. Qu'est-ce que la MDA ?	22
3.2. Une histoire française	22
3.3. État des lieux des MDA	23
3.4. Les missions d'une MDA	24
4. La confidentialité et l'anonymat auprès des adolescents	26
4.1. Définitions	26
4.2. Les bases légales	26
4.2.1. La demande de confidentialité de l'adolescent	26
4.2.2. Le secret professionnel	27
4.2.3. Les dérogations légales	28
5. Rationnel de l'étude	29
5.1. Les professionnels de l'accueil	29
5.2. L'entretien d'accueil	30
5.3. Suites du premier entretien	30
5.4. Objectifs de l'étude	31
MATÉRIEL ET MÉTHODES	32
1. Objectifs de l'étude	32
2. Type d'étude	32
3. Centre d'investigation : La MDA d'Amiens	32
3.1. Implantation dans le département	32
3.2. Organisation de la structure	33
3.3. Quelques chiffres	33
4. Population étudiée	34
4.1. Critères d'inclusion	34
4.2. Critères d'exclusion	34
5. Méthodes	34
5.1. Recueil de données	34
5.2. Les paramètres recueillis	35
5.2.1. Les paramètres recueillis à partir de la Fiche Accueil	35
5.2.2. Les paramètres recueillis à partir du dossier de l'accueillant	36
6. Déclaration	37
7. Analyses statistiques	37
RÉSULTATS	38
1. Effectif de l'étude	38
2. Caractéristiques socio-démographiques de la population	39
2.1. Âge et sexe	39
2.2. Scolarité	40

3.	Modalités d'accueil sur la MDA	40
3.1.	Accueil avec ou sans rendez-vous	40
3.2.	Orientation des adolescents vers la MDA	40
3.3.	Accompagnement des adolescents sur la MDA	41
3.4.	Souhait de l'adolescent de venir sur la MDA	42
3.5.	Parents ayant connaissance de la venue de l'adolescent sur la structure	43
3.6.	Coordonnées de l'adolescent et de ses parents	44
4.	Problématique principale des adolescents évaluée par les accueillants	44
5.	Accueil confidentiel sur la MDA	46
5.1.	Connaissance de la notion de confidentialité par les adolescents	46
5.2.	Connaissance du concept de confidentialité concernant l'accueil à la MDA	46
5.3.	Adolescents venus sur la MDA pour la confidentialité du lieu	46
6.	Accueil anonyme sur la MDA	47
6.1.	Connaissance de la notion d'anonymat par les adolescents	47
6.2.	Connaissance du concept de d'anonymat concernant l'accueil à la MDA	48
6.3.	Adolescents venus sur la MDA pour la potentialité d'anonymat du lieu	48
7.	Suites du premier rendez-vous de l'adolescent sur la MDA	49
7.1.	Entretien avec les parents	49
7.2.	Second rendez-vous avec l'adolescent	50
7.3.	Orientation vers l'Espace Santé	52
	DISCUSSION	53
1.	Quel espace proposé pour l'accueil des adolescents à la MDA d'Amiens ?	53
1.1.	Un espace ouvert sur le département	53
1.2.	Une « Maison » comme lieu de transition avec l'extérieur	54
2.	Qui sont les adolescents qui se présentent à la MDA d'Amiens ?	55
2.1.	Des adolescents plus âgés	55
2.2.	Une prédominance de filles	56
2.3.	Des adolescents scolarisés	56
3.	Un accueil sans rendez-vous ?	57
4.	Qui oriente vers la MDA ?	58
4.1.	L'Éducation Nationale : un partenaire pour la MDA	58
4.2.	Les professionnels de santé	58
4.3.	Le « Bouche à oreille » et les médias	59
5.	Qui accompagne les adolescents à la MDA ?	59
6.	Pour quelles problématiques les adolescents se rendent-ils à la MDA ?	61
6.1.	Une vie familiale compliquée	61
6.2.	Des difficultés scolaires	62
6.3.	Questionnement sur la vie sociale et affective	63
6.4.	Des problématiques de santé associés	63
7.	Vers qui sont orientés les jeunes ?	64
8.	Enjeux de la confidentialité et de l'anonymat dans l'accueil de l'adolescent	65
8.1.	Que disent les adolescents de la confidentialité et de l'anonymat ?	65
8.2.	Une volonté d'être anonyme?	67
8.3.	Quel accueil les adolescents souhaitent-ils en allant sur la MDA ?	68
8.4.	La libre adhésion avant tout ?	68
8.5.	Accueillir l'adolescent et sa famille	68
9.	Limites de l'étude	69
	CONCLUSION	71
	ANNEXES	73
	BIBLIOGRAPHIE	98

INTRODUCTION

1. L'adolescence et les adolescents :

1.1. Définitions :

Le terme « adolescent(e) ou adolescence » n'a pas toujours existé. Pour certains auteurs il n'est qu'une création récente de notre société moderne[1], « un artifice pour signifier autour de la puberté, le passage de l'enfance à l'âge adulte, qui, lui, a toujours existé ». Ce terme adolescence serait apparu « sociologiquement » durant la période d'après-guerre et se limitait à définir un état intermédiaire « sans intérêt » entre l'enfance et l'âge adulte.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'adolescence comme « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ». Il s'agit d'une période de transition qui se caractérise par un rythme important de croissance et de changements psychiques[2]. Toujours selon l'OMS, l'apparition de la puberté marque le passage de l'enfance à l'adolescence.

En 2015, l'OMS évalue le nombre d'adolescents à 1,2 milliard, soit un sixième de la population mondiale.[2]

1.2. L'adolescence face à la société... :

1.2.1. D'hier... :

Le mot adolescent vient du latin *adulescens*, qui correspond au participe passé du verbe « grandir » et signifie « celui qui est en train de grandir ».

Durant la Rome antique, seuls les jeunes hommes de 17 à 30 ans sont appelés *adulescens*, et ne sont ni des pré-adultes ni des post-enfants. Pour les femmes on parlait d'*uxor*, « épouse », dès lors qu'elles étaient sorties de l'enfance et n'avaient donc pas « d'adolescence ».

L'adolescent était seulement rapporté à son changement pubertaire, *pubertas*, en latin, signifiant à la fois le processus de maturation physiologique et anatomique, mais aussi l'âge légal du mariage et d'acquisition de la citoyenneté fixé à 17 ans. Le mariage clôturait la période de l'enfance sans période intermédiaire.

Au Moyen-Age, l'usage du terme adolescent disparaît et la population est divisée entre enfants et adultes autour de l'âge de la puberté (environ 13 ans). Les jeunes restent liés à leur condition sociale et au concept du changement fonctionnel[3]. Toutefois on retrouvera dans certains textes médiévaux les prémices d'un intérêt pour les aspects psychologiques des bouleversements pubertaires, notamment Saint Augustin qui décrira dans *Les Confessions*, « les tourments et passions de la jeunesse »[4].

Durant l'époque moderne plusieurs romanciers et poètes se sont intéressés aux adolescents et aux particularités psychiques de cette période. Ainsi, Jean-Jacques Rousseau dans *Emile ou de l'éducation*, décrit l'adolescence comme une deuxième naissance : « Comme le mugissement de la mer précède de loin la tempête, cette orageuse révolution s'annonce par le murmure des passions naissantes (...). Un changement dans l'humeur, des emportements fréquents, une continuelle agitation d'esprit rendent l'enfant parfois indisciplinable. Il devient sourd à la voix qui le rendait docile (...), il ne veut plus être gouverné »[5]. De même, Stendhal avec Julien Sorel le héros du roman *Le Rouge et le Noir*[6], ou encore, Frédéric Moreau, pour *l'Education sentimentale* de Flaubert[7], marquent un tournant dans la représentation de l'adolescence, vue comme une période souvent instable, faite de doutes, de souffrances et de contestations soutenant une critique de la société.

C'est à la fin du 18ème siècle, avec la naissance de la famille moderne, que l'on commence à donner du sens aux différences de générations et que l'on se soucie de l'enfance et des évolutions qu'elle présente. Mais ce n'est qu'à partir de 1890 que l'adolescence devient une « classe d'âge ». L'adolescent reste pourtant associé à une « folie pubertaire », pour qui seule l'école peut permettre l'intégration à la société[8]. Le terme adolescent devient synonyme d'étudiant, dont le statut conserve l'idée de soumission à la famille et à l'autorité des maîtres.

Il faudra attendre Freud et les travaux des psychanalystes de la fin du 19ème siècle pour avoir accès au fonctionnement psychique ainsi qu'à l'impact des bouleversements pubertaires sur le monde interne de l'enfant. Tous s'accorderont à reconnaître l'importance de la puberté, l'accession à la sexualité et la pulsion génitale. Ce n'est que secondairement que les psychiatres se pencheront sur les adolescents au travers des premiers écrits de Marcet et Lasègue sur l'anorexie mentale.

Jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, l'attention portée aux adolescents reste ciblée sur leur potentialité aux vices, transgressions et indiscipline[9]. L'adolescence reste considérée pour certains auteurs comme « une maladie à évolution favorable ». Mais l'impact du baby-boom, secondaire à la seconde guerre mondiale, donne une nouvelle image de la jeunesse et un intérêt nouveau pour l'adolescent.

C'est à partir des années 1960, notamment par la psychanalyste, Evelyne Kestemberg[10] qu'un intérêt va être porté sur le processus psychopathologique spécifique de l'adolescence. Pour l'auteur, l'adolescent est en « double mouvement » ; il quitte et renie son enfance d'un côté et se cherche un statut d'adulte de l'autre[10]. Ce changement de statut est à l'origine du processus psychique, dit « crise » que traverse tout adolescent.

A partir de la seconde moitié du 20^{ème} siècle apparaît le sentiment d'appartenance de l'adolescence à une classe d'âge, avec ses modes de vie, sa culture propre et ses formes de sociabilité[11]. De même le rapport de l'Unesco de 1968, mentionne « une collectivité constituée et distincte», entrée dans des conflits d'ordres moraux, intellectuels et politiques, avec les adultes[12]. M. Mead dans ces travaux, bien que controversés, affirme que les caractéristiques de l'adolescent varient selon les sociétés, les rites de passages, les méthodes de socialisation de l'individu et les types de cultures[13].

Prise dans les mouvements idéaux de l'époque, la psychiatrie de l'adolescent cherche son identité entre les approches psychanalytiques , familiales, la naissance de la sectorisation (Création du Conseil Départemental de Secteur en mars 1972)[14] et le développement des psychotropes[9]. L'accent est porté sur la notion de l'adolescence comme « processus » et non plus comme notion de « crise » avec l'importance de considérer le potentiel évolutif de cet âge et d'y répondre par des mesures adaptées et soutenantes[15].

A partir des années 80, la jeunesse est gravement touchée par la crise économique et sociétale et le problème du chômage frappe principalement les jeunes. Les préoccupations des pouvoirs publics sur la jeunesse, apparaissent mais une vision pessimiste de l'avenir leur est apportée comme seule réponse[16].

De manière concomitante est apparue une amplification des expressions symptomatiques du mal-être des jeunes : alcoolisations aiguës, abus de toxiques, fugues, déscolarisations, tentatives de suicides, scarifications, abus des écrans, troubles des conduites alimentaires, violences[9].

1.2.2. ...Et d'aujourd'hui :

Dans une société où tout se dit et tout se sait, qui sont les adolescents d'aujourd'hui ? Sont-ils si différents de ceux de la génération précédente ? L'Adolescence reste aujourd'hui un sujet complexe qui mobilise de plus en plus d'interrogations, ce que confirme le nombre croissant de publications internationales ces dernières années.

De nos jours, l'identité culturelle des adolescents ne coïncide plus avec la catégorie d'âge, de sexe, la catégorie socio-économique ou l'origine géographique dont ils sont issus. Les jeunes deviennent indépendants par rapport aux conditionnements biologiques et sociaux, autrefois indispensables à leur différenciation, « la jeunesse devient culturellement et mondialement un groupe »[17].

Mais aujourd'hui plus que jamais, nos adolescents « fascinent, dérangent voire effraient »[18]. Encore aujourd'hui les adolescents sont perçus de manière globalement négative et il existe une réelle distorsion entre la réalité et l'image que s'en font les adultes. De même le discours tenu par la société d'aujourd'hui sur l'avenir de ses jeunes est tout aussi pessimiste.

Les adolescents peuvent ne pas se reconnaître dans ces images négatives et ils demandent à ce que les adultes aient confiance en leur potentialité et en leur avenir[19]. Selon Alain Braconnier, en 2015, c'est aux parents et aux enseignants d'enrichir l'optimisme comme facteur d'équilibre et de réussite de l'adolescent: « Dans la morosité ambiante, nous devons aussi entretenir leur goût de vivre, leur envie de grandir, leur espoir »[20].

Il faut se rappeler que l'adolescence est une période à part entière de la vie humaine à la conquête de la maturité, au cours de laquelle s'opèrent des transformations psychiques dans la relation au corps, à soi-même et à l'environnement.

Il est soumis aux différents bouleversements biologiques et corporels de la puberté et à l'apparition de ses intérêts sexuels. L'adolescent rentre en conflit à différents niveaux : avec ses parents par son souhait d'indépendance, son corps avec ses caractéristiques sexuelles à se réapproprier, son identité à construire, ses objets infantiles dont il doit faire le deuil et son idéal du Moi tyrannique.

Ainsi, entre incompréhension, projections personnelles et clichés médiatiques, il est important de ne pas réduire de nos jours l'adolescence à ses caractéristiques sociales et culturelles mais de tenir compte de la fragilité intrinsèque des jeunes de cet âge.

1.3. L'adolescent face à sa santé et son bien-être :

1.3.1. Définitions de la santé et du bien-être :

Dans le préambule de 1946 de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, (OMS), la santé est définie comme « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »[21]. De même il y est précisé qu'elle constitue « l'un des droits fondamentaux de tout être humain » sans distinction de classe sociale, de religion, ou d'opinion politique.

Cette définition holistique de la santé permet d'élargir la notion de santé au-delà de son modèle purement médical, organique et fonctionnel. A partir de cette définition un modèle de « bien-être » a été proposé dès 1984 par l'OMS. Ce modèle souhaite redéfinir la santé comme un modèle dynamique, la rapportant à un processus, une ressource et non plus un état. Cette nouvelle conception de la santé sera reprise dans la chartre d'Ottawa pour la promotion de la santé[22]. Le bien-être devient donc un droit, et même un devoir envers soi et les autres.

1.3.2. Perception de l'adolescent sur sa santé et son bien-être :

Le mal-être et la souffrance chez les adolescents sont souvent difficiles à reconnaître en cette période de changement où les repères sont brouillés.

Les inquiétudes de l'entourage, notamment des parents, sont généralement proportionnelles au déni de l'adolescent. Le risque étant de ne pas interpréter ce qui devrait inquiéter ou à l'inverse accorder une importance excessive à une manifestation éphémère car bruyante. Des formes insidieuses et variées passent bien souvent inaperçues car mises sur le compte de la « crise d'adolescence».

La représentation que se font les adolescents de leur corps et de leur santé est bien différente de ce que les données épidémiologiques relèvent. Beaucoup de jeunes se disent en bonne santé mais ne le sont pas et nombreux font face en réalité à de grandes difficultés.

Cette constatation a pu être mise au jour grâce à une enquête épidémiologique multicentrique menée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), en 2013[23] portant sur 15 235 jeunes, âgés de 13 à 18 ans en milieu scolaire, intitulée « Portraits d'adolescents ». Ces jeunes ont été observés et interrogés sur les problématiques qu'ils rencontrent tant au niveau de leur santé que dans leurs rapports avec la société.

La majorité des jeunes interrogés, 89,9%, s'estimaient plutôt satisfaits ou très satisfaits de leur état de santé.

Interrogés sur le rapport au corps, près de la moitié des adolescents se disaient souffrir d'un corps qui ne représente pas ce qu'ils sont, davantage de filles que de garçons (30,1% vs 16,7%). Les attaques portées au corps représentaient 9,2% de ces jeunes, qui déclaraient se faire mal exprès assez souvent voire très souvent.

Concernant leur santé psychologique, les jeunes ont été interrogés sur leur confiance en l'avenir. Près de la moitié de ces adolescents (48,3 %) se disaient en confiance et à l'inverse 38,4 % déclaraient avoir des doutes et des craintes pour leur avenir. Un nombre non négligeable, 38,9%, rapportaient la présence d'idées noires « la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ».

La majorité des jeunes ne présentaient pas de dépression mais elle était avérée chez 12,1% d'entre eux via un score de dépression par l'échelle ADRS (Adolescent Depression Rating Scale)[24] utilisée par les auteurs. Un antécédent de tentative de suicide (TS) a été retrouvé chez 7,8% des jeunes et parmi eux, 3,7% déclaraient avoir déjà fait plusieurs TS.

Sur les comportements liés aux consommations de toxiques, 20,9% consomment quotidiennement du tabac et 9% ont une consommation régulière d'alcool (au moins 10 usages d'alcool au cours des 30 derniers jours) dans la population adolescente interrogée. De même parmi eux, 7,1% déclaraient consommer régulièrement du cannabis avec une prédominance masculine (9,3% contre 5,2% pour les filles), et 11,9% avaient déjà expérimenté une autre substance psychoactive (Amphétamines, ecstasy/MDMA, LSD ou acide, crack, cocaïne, héroïne, champignons hallucinogènes).

Se rajoutent à cela des comportements sexuels à risque, non ou mal protégés. Même si la très grande majorité des jeunes utilisent des préservatifs lors de leur premier rapport sexuel, 10,1 % n'utilisent aucun moyen de contraception notamment les plus jeunes et les filles. Les auteurs mettent en avant des inégalités sociales comme facteur influençant le recours aux méthodes contraceptives par cette population. 6,8 % des jeunes filles de 18 ans affirment avoir déjà été enceintes.

1.3.3. L'accès aux soins par les adolescents :

Le non accès aux soins des jeunes en difficultés est souvent le produit de l'isolement et l'inhibition, constitutifs du mal-être. Cette solitude est renforcée par la méconnaissance de l'existence d'aides ou par des réticences et une perception erronée que ces aides suscitent.

De même les parents et les professionnels en contact avec ces adolescents en souffrance sont bien souvent eux aussi confrontés à cette inaction, car soit ils ne voient pas clairement les signes, soit ne s'autorisent pas à les interpréter ou ne savent pas quoi faire face à eux.

L'adolescent est conditionné en partie par son ambivalence entre la fascination et le rejet du monde adulte : comme le mentionne A. Fuseau en 2012 dans la conférence d'ouverture des journées de la Société Française de la Santé de l'Adolescent[25] « accéder aux soins dont il pressent l'importance mais dont il fuit les contraintes ». Un certain nombre de préalables pouvant conditionner l'accès aux soins par les adolescents sont donc à prendre en considération par les professionnels.

Avant tout, l'adolescent doit admettre qu'il a besoin de l'autre et ceci va à l'encontre du sentiment de toute-puissance qui fait paître au processus adolescent. Ainsi le professionnel doit apporter une attention particulière à sa demande et à sa souffrance bien souvent difficile à exprimer pour l'adolescent. Il est également essentiel de pouvoir laisser à l'adolescent la possibilité d'affirmer son choix ou son refus, d'aller vers un lieu plutôt qu'un autre et lui laisser la maîtrise de la relation qu'il cherche à établir. Cette relation avec l'adulte, et d'autant plus dans les soins, n'est possible que si l'adolescent vit le regard de l'autre sur lui comme non jugeant, non stigmatisant, mais bienveillant.

Il est primordial également pour les professionnels de se rendre disponibles physiquement mais aussi psychiquement . Il faut lui accorder du temps rapidement pour ne pas qu'il se lasse et fuie les soins et inversement prendre son temps pour le rassurer et le contenir en écho à l'agitation et la précipitation dont il fait part.

Mais outre l'ambivalence de l'adolescent déterminant son recours aux structures de soins, la conjoncture actuelle dans l'offre de soins ambulatoires en France est également problématique. Dans les inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles, la file active de consultation connaît une forte croissance depuis plusieurs décennies : une hausse de plus de 80% du nombre de consultations pour des enfants et des adolescents, jusqu'à 15 ans, vus au moins une fois dans l'année, entre 1991 et 2003, et plus récemment + 22% entre 2007 et 2014[18].

L'activité augmente mais le nombre de structures dévolues à la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent n'a pas augmenté ou très peu. Les Centres-Médicaux-Psychologiques (CMP) des inter secteurs du service public ont légèrement augmenté (+1% entre 2011 et 2014)[18] mais les structures associatives (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques ,CMPP) privées, hospitalières, hospitalo-universitaires ou médico-sociales stagnent en nombre. De même les délais d'attente pour des soins ambulatoires restent trop importants.

Malgré la forte croissance de l'activité, on estime aujourd'hui à 1,5 million[18] le nombre de jeunes en France, qui auraient besoin d'avoir un projet de suivi ou de soins appropriés. Selon l'enquête de l'Inserm de 2013, parmi les adolescents souffrant d'une dépression avérée, seuls 13,5% d'entre eux étaient suivis par un psychologue ou un psychiatre[23].

Ainsi face à ces lieux de soins saturés, les adolescents dont les situations de mal-être ne relèvent pas de pathologies psychiatriques avérées, passent au second plan. N'étant pas prioritaires, ils ne bénéficient pas des soins qui pourraient éviter à leur santé de se dégrader.

Les dispositifs d'amont tels que la Maison des adolescents et les professionnels d'accueils de ces structures, y jouent un rôle primordial et déterminant dans l'accès aux soins pour ces jeunes. Elle leur offre un lieu d'écoute d'accès simple, rapide et disponible, tout en lui permettant d'admettre qu'il a besoin de soins pour aller mieux et donc des adultes.

2. La Santé des adolescents : une préoccupation nationale :

La jeunesse, et notamment sa santé, est depuis plusieurs années au centre des préoccupations des pouvoirs publics français. L'École est mise au centre de ces préoccupations pour porter un projet national de justice et d'égalité des chances et ainsi promouvoir la bonne santé et le bien-être par la mise en place des meilleures conditions d'apprentissage[26].

2.1. La Mission Bien-être et Santé des jeunes :

En 2015, une lettre de mission interministérielle[26] est adressée au corps médical et aux responsables académiques. La demande porte spécifiquement sur la problématique du mal-être et de la souffrance des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. La priorité des pouvoirs publics est portée au repérage précoce des signes de mal-être, à l'amélioration de l'orientation des jeunes vers les professionnels compétents et l'accompagnement de ces derniers pour améliorer les prises en charges.

Cette mission a été portée par Marie-Rose Moro, professeur de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, et Jean-Louis Brison, inspecteur d'académie[18]. Leurs objectifs de travail étaient de prioriser des actions dans le but d'améliorer le bien-être de tous les jeunes, d'identifier leur mal-être et de pouvoir le traiter de manière globale tout en créant de nouvelles alliances éducatives et thérapeutiques.

Le rapport apporté par cette mission a donné appui au plan d'action interministériel : « Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes »[27]. Il a été élaboré par l'engagement de plusieurs ministères : santé, éducation nationale et enseignement supérieur, famille, enfance, jeunesse et sport.

Les objectifs étaient entre autres, de faciliter la formation des professionnels en contact avec les jeunes à l'identification précoce des signes de mal-être et renforcer leur capacité d'écoute et de soutien. Il visait également l'amélioration de l'orientation des jeunes vers les professionnels compétents pour faciliter les interventions précoces, améliorer les prises en charges et éviter les surmédicalisations de certaines situations pouvant être solutionnées par des interventions précoces et simples. La volonté finale du plan d'action était de voir émerger une veille partagée sur l'adolescence contemporaine entre tous les personnels intervenants auprès des adolescents

2.2. La place centrale des Maisons Des Adolescents:

Elles sont les piliers du dispositif du Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. Le rôle des MDA dans cet engagement national est de promouvoir des positions d'accueil « inconditionnel et de non-abandon et de pouvoir aller au-devant des adolescents les plus défavorisés et ceux qui souffrent à bas bruit »[18].

Dans le cadre du Plan d'action, une circulaire d'actualisation du cahier des charges des MDA a été signée par le Premier Ministre[28].

Il définit les enjeux des MDA dites « de deuxième génération ». L'accent est porté sur la nécessité pour ces nouvelles MDA de renforcer leurs partenariats avec les intervenants éducatifs, les structures de santé, les PAEJ, les collectivités locales et ainsi d'étendre leur présence sur le territoire . Leur fonctionnement doit devenir clair et lisible pour leurs partenaires.

3. La Maison des adolescents :

3.1. Qu'est-ce que la MDA ? :

Les MDA sont des structures pluridisciplinaires ouvertes à tous les adolescents de 11 à 21 ans, voire 25 ans selon certaines structures, mais également à leurs parents, familles et à tous les acteurs de l'adolescence, professionnels ou bénévoles. Elles ont pour vocation d'être des lieux ressources sur l'adolescence et ses problématiques et de coordination pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle sur un territoire donné. La MDA s'adresse de manière privilégiée aux adolescents rencontrant des difficultés de vie que ce soit dans le champ de la santé ou dans les champs socio-éducatif et médico-psychiatrique. La création des MDA s'inscrit dans un mouvement de reconnaissance de l'adolescence comme phase spécifique du développement de l'être humain.

3.2. Une histoire française :

La première appellation de « Maison des Adolescents » est née au Havre en 1999, créée par Alain Fuseau et son équipe. Le concept était d'ouvrir une structure extrahospitalière au cœur de la ville afin d'accueillir, d'écouter et d'orienter les adolescents ainsi que leur famille en difficulté[29].

Cette expérience pilote a pu se généraliser grâce à la promotion du concept par Claire Bisset, nommée Défenseure de l'Enfant par le Conseil des Ministres, dans son rapport de 2002, intitulé « *Maisons des Adolescents, pourquoi ? Comment ?* »[30]. Cette promotion sera confortée lors de la Rencontre Nationale de l'adolescence de 2003, permettant de rassembler les acteurs politiques et les professionnels du soin.

A la suite de la Conférence de la Famille de 2004[31], un programme national de soutien aux MDA a été lancé par le gouvernement afin de permettre une implantation de la structure dans chaque département. L'objectif visé était de construire un maillage du territoire en structures d'accueil et d'écoute rapides, à proximité des adolescents et également leur permettre un accompagnement croisé de leurs problématiques ou les orienter éventuellement vers des prises en charges spécialisées.

L'Association Nationale des Maisons Des adolescents, ANMDA est créée en 2008[32], dans le but de solidifier le dispositif de MDA et de regrouper les différentes structures qui se sont diversifiées par leur statut, leur financement et leur organisation. Elle se veut également être interlocuteur privilégié et porte-parole pour la défense des intérêts des dispositifs auprès des pouvoirs publics et des organisations concernées par les activités de l'association au niveau local, régional, national et européen. L'ANMDA fédère aujourd'hui une grande majorité des MDA de France.

Le cahier des charges des MDA[33] explicite les missions et prestations de ces structures mais aussi leur positionnement, financement, statut et gouvernance, fonctionnement et les conditions et modalités de leur création.

Le cahier des charges des MDA est présenté en **Annexe 1**.

3.3. État des lieux des MDA :

En décembre 2017, ANMDA a recensé 109 MDA sur le territoire national (DOM-TOM compris)[34]. Deux projets sont en cours pour l'ouverture de nouvelles MDA pour 2018 dans les départements de l'Aveyron, les Pyrénées-Orientales et des révisions de projet sont en cours dans trois autres départements : l'Aisne, l'Oise et l'Ille et Vilaine. Seuls quatre départements à ce jour ne sont pas dotés de MDA et n'ont pas de projet de création en cours.

La répartition géographique des MDA sur le territoire national[34] est figuré en **Annexe 1**.

3.4. Les missions d'une MDA :

Se basant sur le nouveau cahier des charges des MDA[33], l'ANMDA a redéfini en mars 2018, les douze points socles[35] du fonctionnement de ces structures. Parmi ces points sont notamment rappelées les missions des MDA.

- **L'accueil** y est généraliste, c'est-à-dire non spécialisé, « du tout-venant », quelle que soit la problématique rencontrée, permettant ainsi de déstigmatiser la venue du jeune dans la structure. Le jeune a la possibilité de se présenter spontanément sans rendez-vous, pour faire une demande de renseignements, de conseils précis, d'informations, Les MDA défendent les principes d'anonymat, de gratuité et de confidentialité dans l'accueil des adolescents.
- **L'écoute** est faite à la demande du jeune ou sur indication de l'accueillant initial. Le jeune pourra alors rencontrer un professionnel, parfois un binôme peut être proposé. La rencontre permet d'apporter une écoute particulière aux difficultés rencontrées par le jeune, d'évaluer la demande d'aide et de proposer le cas échéant une orientation. Ce premier temps d'accueil et d'écoute est assuré de manière indifférenciée par tous les professionnels de la structure de « l'Espace Accueil » qui deviennent référents de la situation du jeune.
- **Les actions menées auprès des adolescents sont individuelles mais des accompagnements collectifs peuvent également être proposés** aux jeunes pris en charge au sein de la MDA, tels que des groupes de parole, ateliers thérapeutiques, ateliers de méditation, d'expression scénique, de création, ...).
- **La MDA a également pour missions d'accueillir, d'accompagner et de soutenir les familles et notamment les parents.** Cela peut se faire grâce à des actions individuelles ou collectives par le biais de groupes de parole, de séances d'information et de sensibilisation. Certaines prises en charge d'adolescents et de leurs familles peuvent parfois se faire dans le cadre d'entretiens familiaux.

- **Les missions d'évaluations et d'orientations** sont réalisables au sein des MDA grâce à l'éventail de professionnels dont bénéficient les structures. Le but étant d'apporter des réponses pertinentes et adaptées aux besoins des adolescents sur leur bien-être et leur santé et de faciliter leur accès aux services dont ils ont besoin. Elles œuvrent dans le champ de la santé au sens le plus généraliste du terme selon la définition donnée par l'OMS[21,22]. Elles ont donc une double valence, sociale et sanitaire, avec une valence prédominante en "santé mentale".

Le jeune peut être orienté vers des soins médico-psychologiques et somatiques, et bénéficier d'un accompagnement socio-éducatif ou juridique selon ses besoins. Ces prises en charge pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles sont possibles grâce au travail de partenariat avec le territoire sur lequel la MDA est implantée (exemple de la « CASITA », Centre d'Accueil, de Soins et d'Interventions Thérapeutiques pour Adolescents)[36].

Elles prennent également en charge les adolescents rencontrant des difficultés multiples ou vivant des situations complexes, dans le cadre de leur santé ou dans les champs médico-psychologiques et socio-éducatifs.

Dans ces prises en charges multi-institutionnelles, la MDA a pour mission de coordonner les parcours de soins des jeunes, pour garantir leur continuité et leur cohérence.

- **Elles coordonnent et animent le réseau des professionnels et des partenaires du territoire** avec qui elles collaborent sur les problématiques de santé et de bien-être des jeunes. Elles définissent les liens et les modalités de travail en commun avec ces partenaires, ce qui leur vaut le surnom de « têtes de réseau ».

- **La prévention et la promotion de la santé** sont devenues les nouvelles missions statutaires des MDA de « deuxième génération ».

- **Les MDA assurent une veille sur les problématiques contemporaines de l'adolescence.** En tant que lieu ressource sur l'adolescence, elles contribuent à la sensibilisation et à la formation des professionnels travaillant auprès des jeunes, particulièrement sur les problématiques de santé et de santé mentale des jeunes.

Par souci de concision ne sont rapportées ici que les principales missions des MDA et ne sont pas détaillées les bases de fonctionnement d'une MDA concernant sa gouvernance, son financement, etc. L'ensemble de ces informations est présenté dans le cahier des charges des MDA joint en annexe.

4. La confidentialité et l'anonymat auprès des adolescents :

4.1. Définitions :

Le mot « confidentialité » vient du latin *confidere* : « se fier, compter sur... », mais également du mot (anglais) *confident* qui signifie « personne sur laquelle on peut compter ». La confidentialité au sein des MDA est donc un pacte de confiance et de sécurité, établi entre l'adolescent et celui à qui il va se confier (les accueillants, les professionnels de santé).

Le terme anonymat vient du grec *anonymos*, qui signifie « sans nom ». Il qualifie l'état d'une personne dont on ignore le nom ou l'identité, comme on le retrouve défini dans le Littré par « faire un secret de son nom ».

Par conséquent, une chose ou une personne anonyme peuvent être connues sans être identifiées ou au contraire être identifiées sans être connues.

4.2. Les bases légales:

4.2.1. La demande de confidentialité de l'adolescent:

Le mineur est considéré par la loi comme « un incapable »[37], c'est-à-dire qu'il ne peut prendre de décisions qui le concernent directement et notamment sur sa santé, sans l'accord de ses représentants légaux. Le mineur reste tout de même dans son droit de recevoir les informations concernant son état de santé et de participer aux décisions le concernant.

Toutefois de nos jours avec l'évolution culturelle et la maturité des jeunes, les professionnels de santé et plus largement les professionnels, sont exposés à leur demande croissante de gérer leurs problématiques de santé confidentiellement.

Jusqu'alors, face à cette demande les professionnels étaient placés devant un « inconfort juridique et éthique »[38]. En effet le mineur qui requérait la confidentialité ne pouvait se soumettre à la loi qui ne lui en donnait pas le droit vis à vis de l'adulte détenteur de l'autorité sur lui. Cette autorité sur le mineur impliquait également une obligation de protection de la santé du jeune, de sa sécurité et de sa moralité.

Tout professionnel détenteur des confidences du jeune se voyait alors confronté à son devoir de respecter le secret professionnel tout en étant hors-la loi.

Ainsi face à cette complexité, il a été proposé par le Conseil National du Sida (CNS), auprès du Secrétariat d'État à la Santé, de concevoir une « exception législative »[39] qui serait reconnue aux mineurs selon des contextes définis. Elle a été justifiée par un souci de santé publique de pouvoir proposer aux jeunes des interventions en ambulatoire impliquant la confidentialité dans le but de ne pas laisser les problèmes de santé s'aggraver. Elle s'appliquerait particulièrement aux situations dans lesquelles il existerait des problématiques autour de l'autorité parentale ou dans le cas où la problématique de santé relèverait de l'intimité du jeune et ne pourrait être abordée auprès de la famille au risque de conflits ou de bouleversement des liens familiaux.

4.2.2. Le secret professionnel :

Conformément à la loi du 4 juillet 2001[40] et à celle du 4 mars 2002[41] relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé, une dérogation concernant le secret sur l'état de santé du mineur a été mise en œuvre. Elle prévoit donc que les mineurs peuvent à ce jour bénéficier en toute confiance du secret professionnel[42].

En effet, si les jeunes restent toujours soumis à l'autorité parentale jusqu'à leur majorité, ils ont toutefois depuis 2001, la possibilité dans le domaine de la santé d'agir en toute indépendance.

En dehors du cadre des professionnels de santé, le code de l'action sociale et des familles garantit la confidentialité des informations concernant toute personne accueillie sur une structure médico-sociale. L'article L311-3 précise que toute personne prise en charge dans ces structures est assurée du respect de « sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement »[43].

Cette confidentialité est assurée par le secret professionnel, auquel est soumis l'ensemble des professionnels du secteur médico-social selon l'article L1110-4 du Code de santé publique[44] : « ce secret concernant la personne couvre l'ensemble des informations portées à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »[44]. Ainsi l'ensemble des professionnels exerçant dans une MDA est soumis au secret professionnel[29].

La violation du secret professionnel est réprimée par le code pénal. Selon l'article 226-13 et l'ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000, « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende »[45]. Cela concerne toute profession dont un texte de droit prévoit qu'elle est soumise au secret professionnel.

4.2.3. Les dérogations légales :

Si l'obligation au secret apparaît de prime abord simple, puisqu'il s'agit de la traduction professionnelle de l'obligation générale de discrétion et de respect de la personne d'autrui, la réalité l'est moins. Les frontières du secret médical s'avèrent parfois difficiles à définir dans la mesure où l'exigence de discrétion se heurte à des impératifs tels que l'intérêt du malade ou la santé publique. C'est là qu'interviennent les notions de secret médical partagé ou de dérogation.

En effet selon l'article 226-14, modifié par loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015[45], l'article 226-13 relatif à la violation du secret professionnel « n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret ».

Toute personne peut informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, lorsqu'il s'agit de révéler des situations de privations, de sévices, d'atteintes sexuelles, infligées à un mineur et dont il a eu connaissance (1^{er} alinéas de l'article 226-14)[45]. Le médecin ou tout professionnel de santé, quant à lui s'adresse directement au Procureur de la République ou à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Le secret professionnel sera donc levé dans le cas où il a constaté dans l'exercice de ses fonctions, des sévices ou des atteintes, que ce soit sur le plan physique ou psychique, qui lui font présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Cette dérogation est applicable lorsque la victime est « un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire » (2nd alinéas de l'article 226-14)[45].

Il existe une jurisprudence, affirmant une dérogation au secret professionnel concernant les mineurs pris en charge dans le cadre d'une assistance judiciaire[46]. En ce cas, il a été estimé que les professionnels en charge du mineur ne pouvaient pas se retrancher derrière le secret et devaient donner les informations nécessaires au juge des enfants. Le professionnel de santé

devait apporter au magistrat simplement les informations nécessaires à ce qu'il puisse assurer la protection du mineur dans le cadre de l'assistance éducative.

Pour assurer la continuité des soins ou pour déterminer la meilleure prise en charge possible, les professionnels de santé peuvent avoir besoin d'échanger des informations sur le patient qu'ils prennent en charge, et ce au-delà de la notion de secret médical. La loi a défini cette notion de « secret partagé » par le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016[47] « relatif aux conditions d'échange et de partage entre professionnels et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. L'article L1110-4 du code de santé public précise qu'un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels, des informations concernant une même personne prise en charge, « à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social »[44].

L'ensemble des articles de loi cité dans cette partie est présenté en **Annexe 3, 4, 5, 6**.

5. Rationnel de l'étude :

La MDA d'Amiens comme toute autre MDA du territoire français veille à « favoriser l'accueil en continu par des professionnels divers et à faciliter l'accès de ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels »[33].

Le premier temps d'accueil est centré avant tout sur la parole de l'adolescent et de ses parents sans conditions. Nous avons souhaité axer notre étude sur l'accueil du jeune sur l'« Espace Accueil » de la MDA d'Amiens.

5.1. Les professionnels de l'accueil :

L'« Espace Accueil » représente à la fois un espace physique et un ensemble de professionnels dédié à la fonction d'accueil au sein de ce même espace. Ces professionnels de « première ligne » appelés « accueillants » sont les premiers à rencontrer le jeune et à lui ouvrir un espace de parole quand il se présente sur la structure.

Le premier temps d'accueil se déroule dans le hall de la MDA, l'Espace Accueil. Il consiste pour l'accueillant à présenter la MDA d'Amiens, la composition de l'équipe, le fonctionnement de la structure et les modalités de la rencontre et de l'entretien qui va faire suite.

Ce premier temps permet ainsi à l'accueillant d'informer l'adolescent sur les modalités d'accueil dans la structure c'est-à-dire la libre adhésion, la gratuité, la confidentialité et l'anonymat et de recueillir son avis sur ces concepts.

5.2. L'entretien d'accueil :

Dans un second temps l'accueillant propose à l'adolescent un temps d'entretien dans un bureau. A noter que l'espace de bureau d'entretien n'en porte que le nom. En effet cet espace s'organise plus comme un salon où tous les intervenants sont installés dans des fauteuils en cercle autour d'une table basse, sans qu'aucune place ne soit désignée pour l'adolescent. L'entretien constitue un espace de parole, d'écoute, de dialogue où l'adolescent et l'accueillant « font connaissance », où la communication va s'établir et un lien de confiance s'instaurer. Les professionnels de la MDA ne sont pas amenés à conduire des entretiens formalisés, chaque professionnel dispose de sa propre technique en fonction de sa formation et selon la singularité de la situation.

Les accueillants assurent une approche globale des problèmes soulevés par l'adolescent. Ils s'efforcent de veiller à son équilibre général et cherchent à évaluer et comprendre ses besoins, ses craintes et ses attentes, aux plans somatique, psychologique, social, scolaire, éducatif, juridique, L'Espace Accueil est un lieu mais aussi un temps transitionnel entre l'extérieur et les soins. L'objectif premier étant de fournir aux adolescents des informations, des conseils, des orientations.

Dans les situations où l'adolescent se présente accompagné de sa famille, l'accueillant peut proposer de recevoir dès le premier rendez-vous l'adolescent seul dans un premier temps, puis dans un second temps la famille dans son ensemble. Cette modalité d'entretien reste au choix du jeune. Toutefois l'adhésion et le soutien de la famille seront recherchés dans la mesure du possible.

5.3. Suites du premier entretien :

En fin d'entretien l'adolescent se voit, dans la majorité des cas proposer un second rendez-vous avec le même accueillant qui devient son référent. Il peut exprimer le souhait de revenir sur d'autres temps de rendez-vous déterminés en concertation avec le professionnel de la MDA, ou préférer différer le deuxième contact voire ne pas souhaiter revenir. Cette flexibilité de la prise en charge est basée sur la libre adhésion du jeune.

5.4. Objectifs de l'étude :

Cet accueil non médicalisé proposé par la MDA vise à faciliter les premiers contacts avec l'adolescent. Il lui garantit un espace bienveillant, confidentiel, gratuit et cela sans qu'aucune autorisation préalable des parents soit nécessaire[33]. De même cet accueil peut être anonyme, comme en a fait le choix la structure d'Amiens ²¹. A partir de ces spécificités que présentent les MDA dans l'accueil des adolescents, nous avons cherché à déterminer si celles-ci pouvaient conditionner leur venue sur la structure. Cette étude devait également nous permettre d'observer les adolescents dans leur parcours d'accueil ; de son orientation initiale, en passant par son mode d'accompagnement jusqu'à son orientation secondaire.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude était de caractériser l'impact des principes d'anonymat et de confidentialité sur la venue des adolescents à la MDA d'Amiens.

Le critère de jugement principal était évalué par la présence d'une réponse négative ou positive aux questions sur la confidentialité et l'anonymat.

Les objectifs secondaires étaient l'étude des caractéristiques de la population adolescente consultant pour la première fois à la MDA suivant les variables sociodémographiques; ainsi que la caractérisation des modes de venue lors du premier rendez-vous et des orientations secondaires des adolescents après le premier entretien d'accueil.

Les critères de jugement secondaires étaient évalués par les variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau de scolarité) et les variables concernant le mode de venue à la MDA et l'orientation secondaire (accompagnement, orientation) à l'accueil.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique, réalisée sur la MDA d'Amiens à partir de dossiers manuscrits concernant une période de 4 mois s'étendant du 2 juillet 2018 au 2 novembre 2018.

3. Centre d'investigation : La MDA d'Amiens :

3.1. Implantation dans le département :

La MDA d'Amiens est implantée sur le département de la Somme depuis 2010. Le département est doté également d'une deuxième structure implantée à Abbeville, la MDA de la Picardie Maritime.

Le projet initial de la MDA d'Amiens est issu du partenariat entre le Conseil départemental de la Somme, le CHU d'Amiens, le Centre Hospitalier Philippe Pinel, la PJJ et l'Inspection Académique. Ce travail de partenariat a permis d'élaborer entre tous les participants une première convention signée en 2013.

3.2. Organisation de la structure :

La MDA d'Amiens s'organise selon deux espaces: l'« Espace Accueil » et l'« Espace Santé ».

L'Espace Accueil prend la forme d'un « guichet unique » où les adolescents, les parents et les professionnels sont reçus. C'est au sein de cet espace que les professionnels vont à la rencontre du jeune et lui proposent le premier temps d'entretien. Il est composée d'une assistante administrative, de deux éducateurs spécialisés, une éducatrice de la PJJ, une conseillère conjugale et familiale et de la coordinatrice responsable de la MDA.

Les professionnels de l'Espace Santé sont sollicités par les accueillants pour intervenir dans la prise en charge des adolescents et de leur famille selon leur spécificité. Des consultations spécialisées seront alors proposées selon les problématiques évaluées par les intervenants de première ligne. L'Espace Santé est composé de plusieurs professionnels spécialisés, tous issus du champ sanitaire. L'équipe permanente est constituée : d'une pédiatre, d'une pédopsychiatre, d'une psychologue, d'une infirmière et d'une éducatrice spécialisée. Des internes de spécialités de psychiatrie ou de pédiatrie ont également des temps médicaux sur la structure, dans le cadre de leur formation.

L'ensemble des professionnels de la MDA participe à une réunion clinique hebdomadaire. Ce temps de reprise clinique est une fonction essentielle du travail mené à la MDA par l'équipe de l'Espace Santé.

D'autres professionnels peuvent intervenir dans la structure sur des temps dédiés hebdomadaires pour recevoir les adolescents, telle une conseillère d'orientation-psychologue de l'Éducation Nationale, rattachée au rectorat.

3.3. Quelques chiffres :

Selon le dernier rapport d'activité de la structure, validé par le comité de pilotage, la MDA d'Amiens a accueilli 691 jeunes de 11 à 21 ans et 56 parents différents en 2015 provenant de l'ensemble du département[48] de la Somme. Ce qui représente 2608 entretiens et 117 participations à des temps de médiations. Depuis son ouverture, la structure a constaté une augmentation constante de son activité annuelle, comme pour exemple entre 2014 et 2015, le nombre d'entretiens et de médiations a augmenté de 12%.

La plaquette de présentation des MDA de la Somme et la cartographie de l'origine géographique des jeunes s'adressant à la MDA d'Amiens sont présentées en **Annexe 7 et 8**.

4. Population étudiée :

Cette étude concerne les adolescents ayant été reçus en entretien individuel par les professionnels accueillants, pour la première fois, à la MDA d'Amiens entre le 2 Juillet 2018 et le 31 Octobre 2018.

4.1. Critères d'inclusion :

Les jeunes présentant les caractéristiques suivantes ont pu être inclus :

- Âgés de 12 à 17 ans inclus.
- Garçons et filles.
- Se rendant pour la première fois à la MDA d'Amiens.
- Reçus(es) par un professionnel de l'Espace Accueil de la MDA.

4.2. Critères d'exclusion :

Ne sont pas inclus les adolescents :

- Ayant déjà consulté dans une autre MDA auparavant.
- Reçus en 1er entretien avec leur famille/parents/accompagnant.
- Reçus directement en consultation par un professionnel de l'Espace Santé.
- Pour lesquels les données n'ont pas été relevées à l'accueil ou sont incomplètes notamment concernant la confidentialité et l'anonymat.

5. Méthodes :

5.1. Recueil de données :

Le recueil de données a été réalisé entre le 2 et le 9 novembre 2018.

La liste des adolescents reçus à la MDA a été établie à partir du carnet de bord tenu par l'agent administratif de la structure. Ce listing ne comprenant que le prénom et un numéro de dossier,

l'âge, le sexe de l'adolescent et le nom de l'accueillant ayant reçu le jeune, la date de la première venue et le nombre d'entretiens réalisés auprès de l'adolescent.

A partir de cette liste, chaque Fiche Accueil a été consultée à partir des dossiers manuscrits d'archives de chaque professionnel de l'accueil. Les dossiers d'archives sont classés selon un numéro de référence constitué des deux premières lettres du prénom de l'accueillant et d'un numéro.

Une première analyse a été effectuée afin de rechercher les critères d'inclusion/exclusion précédemment cités. Chaque dossier des patients inclus a fait l'objet d'une seconde analyse afin de rechercher les paramètres à recueillir.

5.2. Les paramètres recueillis :

Les items de la grille ayant servi au dépouillement des dossiers ont fait l'objet d'une étude préalable de validité de surface, visant à vérifier si ces derniers correspondaient bien à l'objectif de l'étude. Plusieurs entretiens avec les professionnels ciblés dans l'étude ont permis de retenir une liste de 22 items, à partir d'une liste plus importante établie sur les bases de la pratique clinique des internes.

La grille de dépouillement des dossiers est présentée en **Annexe 9**.

5.2.1. Les paramètres recueillis à partir de la Fiche Accueil :

Le modèle de la Fiche Accueil complétée par chaque professionnel de l'Espace Accueil de la MDA d'Amiens pour chaque adolescent est joint en **Annexe 10**.

- Sexe : garçon -fille.
- Age : 11 à 17 ans inclus.
- Scolarité : Établissement spécialisé, Collégien, Lycéen, Apprenti, NEET (ni employé, ni scolarisé, ni stagiaire de plus de 16 ans), Autres.
- Reçu(e) : Avec RDV (Rendez-vous) / Sans RDV.
- Date d'entrée à la MDA.
- Accompagné (e) par : Seul, Parents, Mère, Père, Famille élargie (fratrie, beaux-parents), Ami, Professionnel (travailleur social, ...).
- A connu la MDA par : Éducation Nationale, Bouche à oreille, Social, Autres.

- Problématiques repérées lors de la première venue:
 - Vie scolaire et professionnelle.
 - Vie familiale.
 - Vie sociale et affective.
 - Santé somatique et psychique.

Seules deux problématiques dominantes doivent être identifiées (la problématique principale et la problématique secondaire) par le professionnel accueillant lorsqu'il rencontre l'adolescent. Ces problématiques, inscrites sur la Fiche Accueil, ont été identifiées et déclinées dans le cadre d'un travail mené par les équipes de la MDA d'Amiens depuis 2011 [48].

Dans le cadre de notre étude nous avons pris le parti de relever uniquement la catégorie générale de la problématique principale retenue au premier entretien d'accueil.

5.2.2. Les paramètres recueillis à partir du dossier de l'accueillant :

- L'adolescent avait-il connaissance de la notion de confidentialité : Oui/Non.
- L'adolescent avait-il connaissance de la notion d'anonymat : Oui/Non.
- L'adolescent avait-il connaissance que l'accueil à la MDA est confidentiel : Oui/ Non.
- L'adolescent avait-il connaissance que l'accueil à la MDA est anonyme : Oui/ Non.
- L'adolescent serait-il venu sur la structure si l'accueil à la MDA n'était pas confidentiel: Oui/Non.
- L'adolescent serait-il venu si l'accueil à la MDA n'était pas anonyme : Oui/Non.
- Les parents / responsables légaux étaient-ils au courant de la venue de l'adolescent sur la MDA : Oui/Non.
- L'adolescent avait-il l'intention d'informer ses parents/ responsables légaux de sa venue sur la MDA s'ils ne l'étaient pas déjà : Oui/Non.
- L'adolescent avait-il accepté de donner ses coordonnées à l'accueillant et celles de ses parents/ responsables légaux : Oui/Non.
- A l'issue du premier entretien, l'adolescent avait-il le souhait de revenir sur la MDA : Oui/Non.
- L'adolescent était-il revenu après son premier accueil sur la structure : Oui/Non.
- Les adolescents accompagnés par leurs parents/famille/ responsables légaux, ont-ils été reçus secondairement en entretien familial par l'accueillant ? Oui/Non.
- La situation de l'adolescent a-t-elle été abordée en réunion clinique hebdomadaire en présence de l'équipe de l'Espace Santé : Oui/Non.
- L'adolescent a-t-il été orienté secondairement vers un professionnel de l'Espace Santé: Oui/Non, si Oui : psychologue, pédopsychiatre, pédiatre.

6. Déclaration :

L'ensemble des données collectées ont été anonymisées avant d'être recueillies dans la base de données.

Une déclaration et une demande d'enregistrement auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été réalisée avant la collecte des données. Toutefois après avis de la commission des projets Hors Loi Jardé de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du CHU d'Amiens-Picardie, l'étude présente n'a pas nécessité d'autres démarches réglementaires.

L'avis et le justificatif de la CNIL sont joints en **Annexe 11**.

7. Analyses statistiques :

Pour la description de l'âge de la population étudiée, la variable quantitative a été décrite à l'aide d'une moyenne (années) avec son écart type (\pm SD).

Les autres variables étudiées sont toutes qualitatives ou ont été traitées de façon qualitative. Elles sont exprimées en effectifs et pourcentages.

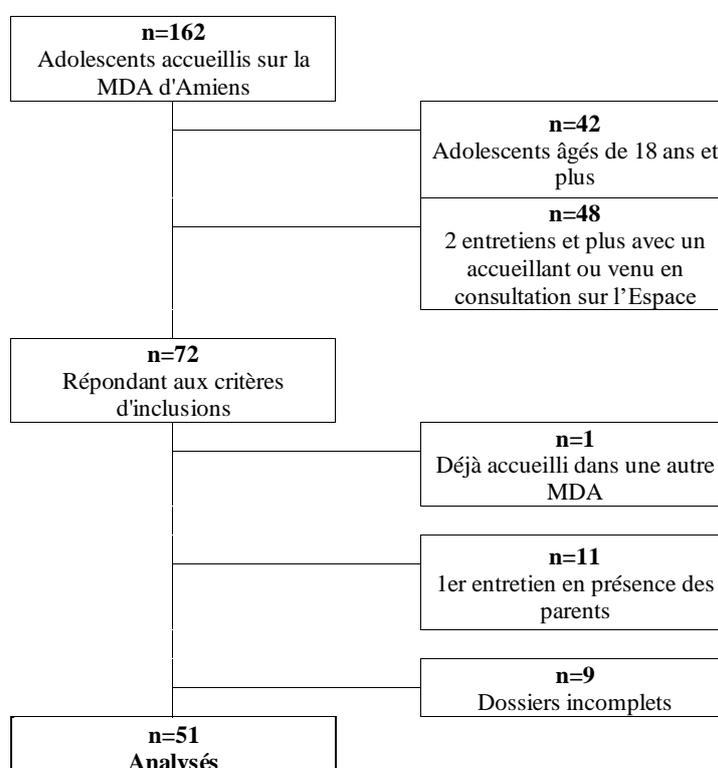
RÉSULTATS

1. Effectif de l'étude :

Sur une période de 5 mois, entre le 2 juillet 2018 et le 2 novembre 2018, 162 adolescents filles et garçons, se sont présentés à l'Espace Accueil de la MDA d'Amiens.

Parmi eux, 48 adolescents, âgés de 12 à 18 ans, bénéficiaient déjà d'une prise en charge sur la MDA avant notre période retenue d'inclusion que ce soit sur l'Espace Accueil ou sur l'Espace Santé. 42 jeunes étaient âgés de 18 ans et plus. Notre échantillon retenu selon les critères d'inclusion était donc de 72 adolescents. Nous avons exclu de cet échantillon, 1 adolescent qui avait déjà bénéficié d'une prise en charge dans une autre MDA, 11 adolescents qui avaient bénéficié d'un premier entretien en présence de leurs parents ou accompagnants à la MDA d'Amiens et 9 dossiers dont les données concernant la confidentialité et l'anonymat étaient incomplètes. Au total nous avons donc **51 adolescents inclus** dans notre échantillon. Le diagramme de flux est représenté en *Figure 1*.

Figure 1. Diagramme de flux :



2. Caractéristiques socio-démographiques de la population :

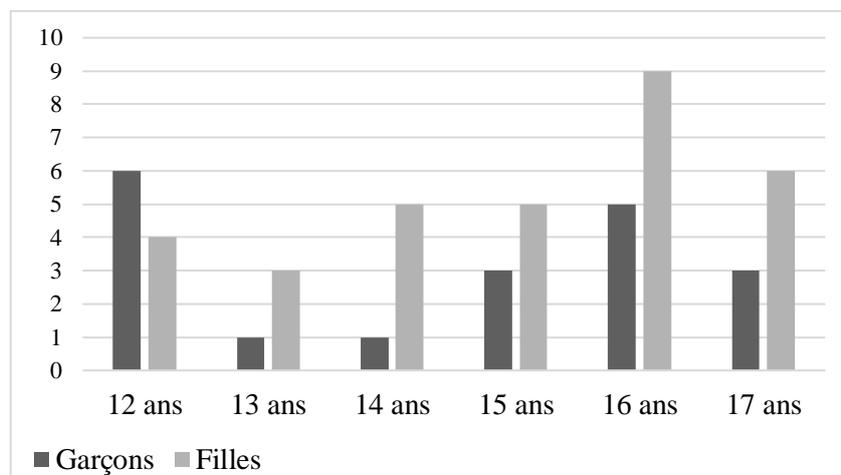
2.1. Âge et sexe :

Le sex-ratio était 0.59. Les filles représentaient **62,75% (n=32)** de l'effectif et les garçons **37,25% (n=19)**. L'âge moyen des filles était de **14,98 ans ($\pm 1,39$)** et celui des garçons de **14,47 ans ($\pm 1,77$)**.

L'âge moyen de l'échantillon (n=51) était de **14,75 ans ($\pm 1,54$)**. Nous avons pris le parti dans notre étude de regrouper les effectifs en deux tranches d'âge, d'une part les 12-14 ans et d'autre part les 15-17 ans. Cette catégorisation permet ainsi de faire le parallèle avec le niveau de scolarité entre le collège et le lycée. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 15-17 ans avec un effectif de **60,78% (n=31)** contre **39,22% (n=20)** pour les 12-14 ans.

La répartition des âges est figurée sur la **Figure 2**.

Figure 2. Répartition des effectifs selon l'âge et le sexe :



2.2. Scolarité :

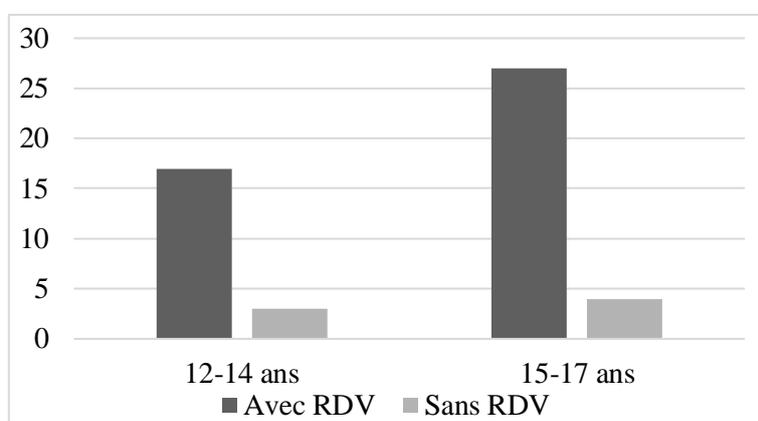
La majorité de notre échantillon était des lycéens et représentaient **58,82% (n=30)** des effectifs. **35,29% (n=18)** des adolescents étaient des collégiens et **3,92% (n=2)** suivaient un parcours professionnel en apprentissage. Notre échantillon comptait un seul adolescent déscolarisé soit **1,96%** des effectifs.

3. Modalités d'accueil sur la MDA d'Amiens :

3.1. Accueil avec ou sans rendez-vous :

La grande majorité des adolescents étaient venus sur la MDA après la prise d'un rendez-vous sur la structure, soit **86,27% (n=44)**, contre **13,73% (n=7)** reçus pour un premier entretien sans rendez-vous. La répartition des deux modalités d'accueil (avec ou sans rendez-vous) selon les tranches d'âges retenues dans notre étude, les 12-14 ans et les 15-17 ans est figurée ci-dessous :

Figure 3. Répartition par tranche d'âge des modalités d'accueil avec ou sans rendez-vous :



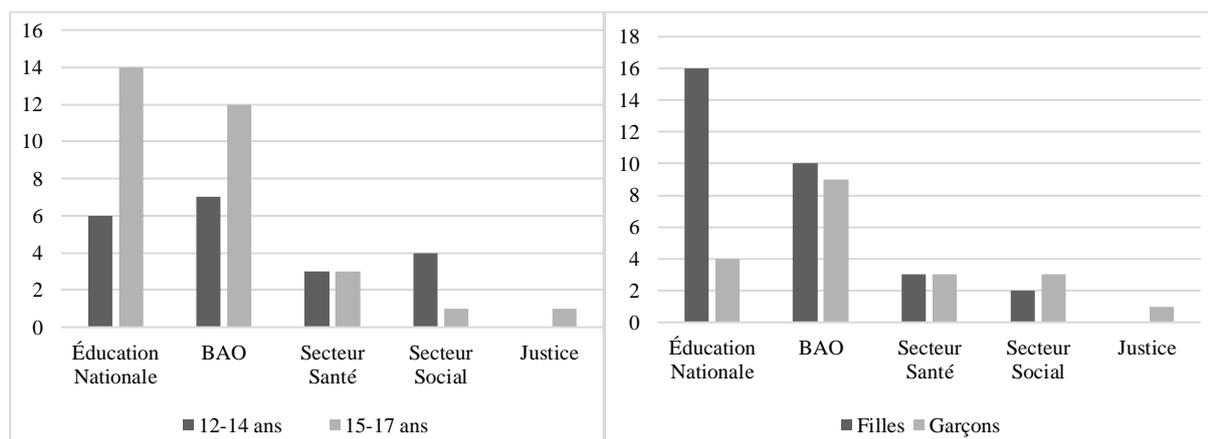
RDV : Rendez-vous.

3.2. Orientation des adolescents vers la MDA :

Les premiers intervenants à orienter les adolescents vers la MDA, sont les professionnels de l'Éducation Nationale soit **39,22% (n=20)** des adolescents de notre échantillon. Le « bouche à oreille » est la deuxième modalité mise en évidence dans notre échantillon avec **37,25% (n=19)**. Puis on trouve le secteur de la santé pour **11,76% (n=6)**, du social pour **9,80% (n=5)** et de la justice pour **1,96% (n=1)**.

L'ensemble de la répartition des effectifs selon leur accompagnement familial ou non et par tranche d'âge est figurée ci-dessous : *Figure 6*.

Figure 6. : Orientation des adolescents sur la MDA selon l'âge et selon le sexe :



BAO, « Bouche à oreille » : Amis, parents, fratrie.

Éducation Nationale : Conseiller principal d'éducation, Infirmière scolaire.

Secteur Santé : CMP, Service de pédiatrie, médecin généraliste.

Secteur Social : Assistante sociale de secteur de la famille, Mission locale.

Justice : Éducateur de protection judiciaire de la jeunesse.

3.3. Accompagnement des adolescents sur la MDA :

Une partie des adolescents se sont rendus seuls sur la MDA, soit **25,49% (n=13)** majoritairement les filles **61,54% (n=8)** contre **38,46% (n=5)** de garçons. Les adolescents venus seuls sont les plus âgés, c'est-à-dire les 15-17 ans, **92,31% (n=12)**. Une seule adolescente âgée entre 12 et 14 ans s'est présentée seule à la MDA.

Pour la majorité des adolescents au moins un des membres de la famille l'a accompagné sur la structure. On prend en compte ici la famille au sens élargi, c'est-à-dire en comptabilisant la fratrie et les beaux-parents en plus des parents.

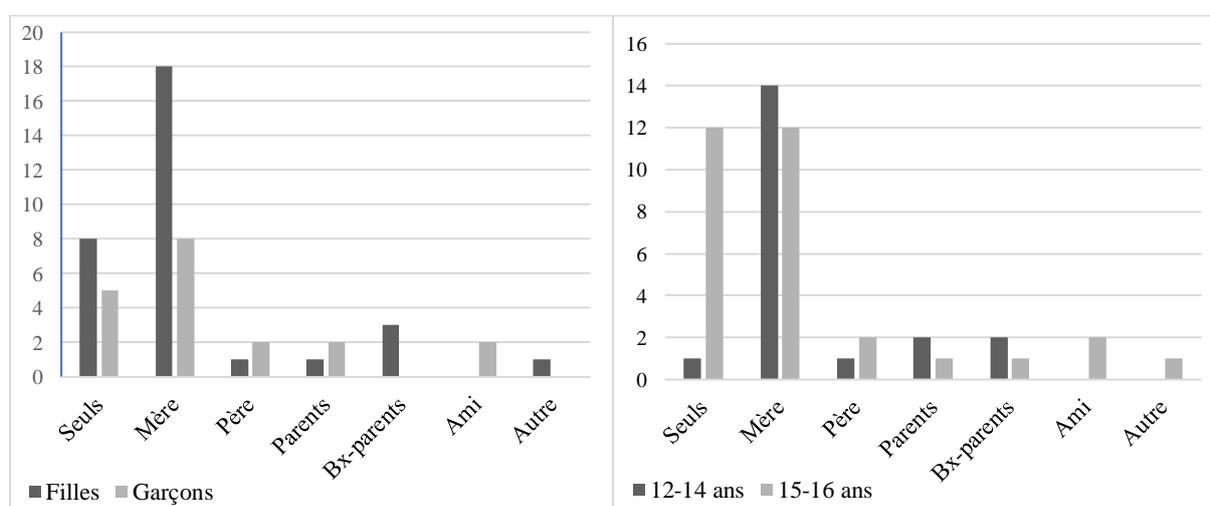
Parmi les 35 adolescents (**68,63 %**) accompagnés par au moins un membre de la famille, seuls **5,88% (n=3)** étaient accompagnés de leurs deux parents et dont au moins un des deux était un parent biologique de l'adolescent. **50,98% (n=26)** étaient venus avec leur mère seule et **5,88% (n=3)** avec uniquement leur père. Trois adolescents étaient venus avec leurs beaux-parents, soit **5,88% (n=3)** de notre échantillon.

Les adolescents accompagnés par la famille étaient dans **65,71% (n=23)** des cas des filles et dans **34,29% (n=12)** des cas des garçons. De même ce sont majoritairement les adolescents de 12 à 14 ans qui sont accompagnés par leur famille **54,29% (n=19)** contre **45,71% (n=16)** pour les 15 à 17 ans.

En dehors de la famille les adolescents étaient soit accompagnés par un(e) ami(e) dans **3,92% (n=2)** des cas soit par une autre personne, ici des travailleurs sociaux, pour **1,96% (n=1)** des adolescents. Ils étaient dans cette catégorie tous âgés de 15 à 17 ans. Les adolescents venus avec un(e) ami(e) sur la MDA étaient tous des garçons et le travailleur social a accompagné une adolescente sur la structure.

La répartition par sexe d'une part et la répartition par tranche d'âge d'autre part, des différents modes d'accompagnements sont présentés en **Figure 4**.

Figure 4. Répartition des modalités d'accompagnement de l'adolescent sur la MDA selon le sexe et selon l'âge :

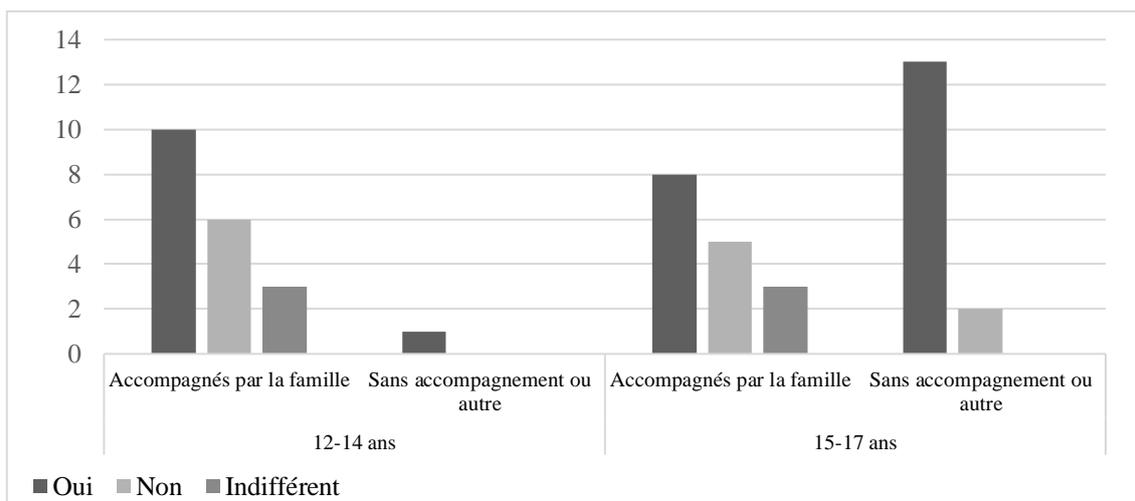


3.4. Souhait de l'adolescent de venir sur la MDA :

Parmi notre échantillon, **64,75% (n=32)** des adolescents avaient exprimé souhaiter venir sur la MDA contre **25,49% (n=13)** qui disaient avoir été dans l'obligation de venir et **11,76% (n=6)** disaient que cela leur était indifférent de venir. De même ce sont majoritairement des filles, **71,88% (n=23)** d'entre elles qui ont exprimé ce souhait, contre **47,36% (n=9)** des garçons. Les adolescents plus âgés étaient les plus nombreux à avoir exprimé le souhait de venir sur la MDA, soit **67,74% (n=21)**, pour **55% (n=11)** des plus jeunes. Ceux qui n'avaient pas exprimé le souhait de venir ou qui étaient indifférents par rapport à la démarche étaient respectivement pour les 12-14 ans, **30% (n=6)** et **15% (n=3)**, et pour les 15-17 ans, **22,58% (n=7)** et **9,68% (n=3)**.

Parmi les adolescents accompagnés par au moins un membre de leur famille, **31,43% (n=11)** n'avaient pas souhaité venir, contre **51,43% (n=18)** qui à l'inverse avaient souhaité venir sur la MDA. Pour **17,14% (n=6)** la démarche leur était indifférente. L'ensemble de la répartition des effectifs selon l'accompagnement familial ou non et par tranche d'âge est figuré ci-dessous : *Figure 5*.

Figure 5. Souhait des adolescents de venir sur la MDA selon leur accompagnement et leur âge :



3.5. Parents ayant connaissance de la venue de l'adolescent sur la structure :

Parmi notre échantillon **32** adolescents n'étaient pas concernés par ce questionnaire de l'accueillant car étaient accompagnés par au moins un des parents ou beaux-parents. Deux adolescents accompagnés par leur mère avaient exprimé le souhait de ne pas avertir leur père de leur venue et un adolescent accompagné de son père ne souhaitait pas que sa mère en ait connaissance.

Selon les dires des adolescents, **19,61% (n=10)** d'entre eux n'avaient averti aucun de leurs parents de leur venue à la MDA. Pour **81,39% (n=41)** des adolescents, au moins un des parents était averti de leur venue, accompagnant le jeune ou non pour cet accueil.

Parmi les adolescents venus sans un membre de la famille (seul ou accompagné par un(e) ami(e) ou un travailleur social), **62,5% (n=10)** d'entre eux n'avaient pas averti leurs parents contre **37,5% (n=6)** dont les parents bien qu'absents étaient informés. La seule adolescente de la tranche d'âge des 12-14 ans qui était venue seule sur la MDA, n'avait pas averti ses parents. Les autres adolescents étaient tous âgés entre 15 et 17 ans.

Pour les adolescents qui n'avaient pas averti leurs parents de leur venue sur la MDA, **60%** (n=6) d'entre eux ne souhaitaient pas non plus les avertir a posteriori. **30%** (n=3) à l'inverse disaient avoir l'intention de les prévenir qu'ils avaient été reçus sur la structure et **10%** (n=1) ne savaient pas s'ils allaient les avertir ou non.

3.6. Coordonnées de l'adolescent et de ses parents :

Tous les adolescents (n=51) ont accepté de donner leurs coordonnées (numéro de téléphone) à l'accueillant quand ce dernier les leur a demandées .

Seuls **84,31%** (n=43) des adolescents ont accepté de donner les coordonnées d'au moins un de leurs parents contre **15,69%** (n=8) qui ont refusé.

Parmi les adolescents dont les parents n'étaient pas au courant de leur venue (n=10) , **30%** (n=3) ont accepté de donner les coordonnées d'au moins l'un de leurs parents, contre **70 %** (n=7) qui ont refusé.

Un adolescent accompagné de ses parents a refusé de donner leurs coordonnées.

4. Problématique principale des adolescents évaluée par les accueillants:

La majorité des adolescents de notre échantillon présentaient une problématique en lien avec leur vie familiale soit **54,90%** (n=28). Parmi ces adolescents, **28,57%** (n=20) d'entre eux étaient âgés de 12 à 14 ans et **71,43%** (n=8) de 15 à 17 ans, avec une majorité de filles concernées par cette problématique, soit **64,29 %** (n=18) pour **35,71%** (n=10) de garçons.

21,57% (n=11) des adolescents présentaient une problématique en lien avec leur vie scolaire, dont **36,36%** (n=4) étaient âgés de 12 à 14 ans et **63,64%** (n=7) de 15 à 17 ans. De même cet effectif était composé à **54,55%** (n=6) de filles et à **45,45%** (n=5) de garçons.

Les **13,73%** (n=7) d'adolescents qui présentaient une problématique en lien avec leur vie sociale et affective, étaient pour **57,14%** (n=4) d'entre eux âgés de 12 à 14 ans et pour **42,86%** (n=3) âgés de 15 à 17 ans. Cet effectif était composé de **71,43%** (n=5) de filles et de **28,57%** (n=2) de garçons.

Une problématique de santé somatique ou psychique avait été repérée chez **7,84% (n=4)** des adolescents de notre échantillon, dont **75% (n=3)** étaient âgés de 12 à 14 ans et **25% (n=1)** de 15 à 17 ans. Cet effectif était composé de **75% (n=3)** de filles et de **25% (n=1)** de garçons.

La problématique principale n'avait pas été déterminée par l'accueillant pour **1 (1.96%)** adolescent appartenant à la tranche d'âge des 12-14 ans de notre échantillon.

Les répartitions des effectifs concernant la problématique principale retenue à l'accueil de l'adolescent sur la structure sont présentées en **Figure 7.** pour le sexe et en **Figure 8.** pour l'âge.

Figure .7 : Problématique principale de l'adolescent, retenue par l'accueillant de la MDA, selon le sexe :

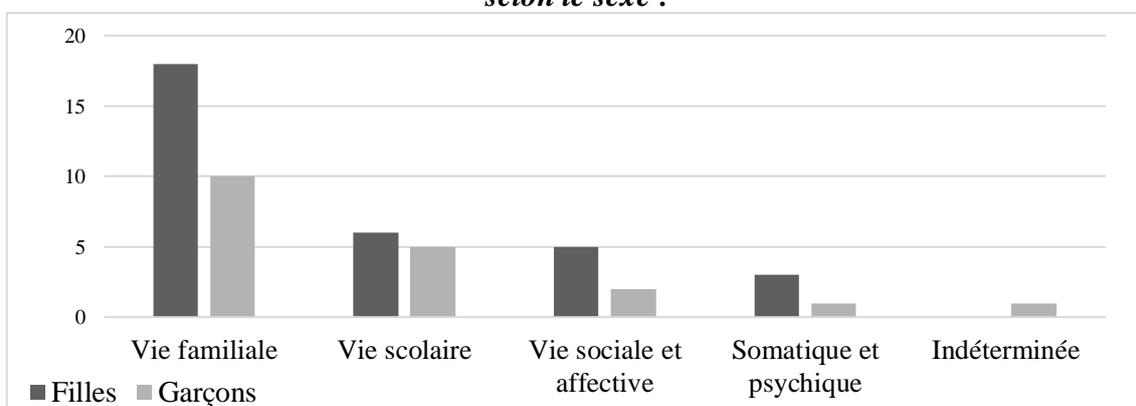
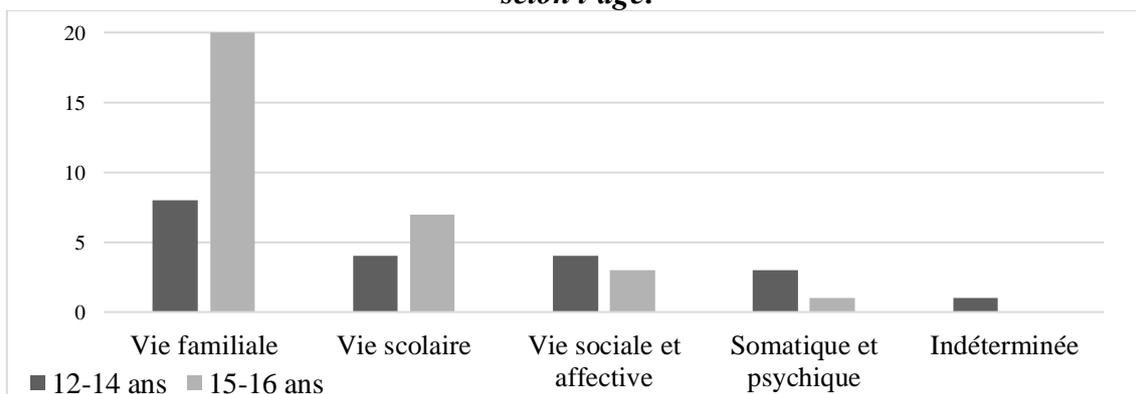


Figure .8 : Problématique principale de l'adolescent, retenue par l'accueillant de la MDA, selon l'âge:



5. Accueil confidentiel sur la MDA :

5.1. Connaissance de la notion de confidentialité par les adolescents :

Cette notion était connue chez **86,27% (n=44)** des adolescents de notre échantillon mais **13,73% (n=7)** n'avaient pas connaissance de ce qu'est la confidentialité. Les adolescents les plus âgés avaient connaissance de cette notion pour **96,77% (n=30)** d'entre eux (1 adolescent ne sachant pas définir cette notion, 3,23%), tout comme **70% (n=14)** des 12-14 ans (6 adolescents ne sachant pas définir cette notion, 30%).

5.2. Connaissance du concept de confidentialité concernant l'accueil à la MDA :

Les adolescents n'avaient pas connaissance que la MDA était une structure permettant un accueil confidentiel pour **54,90% (n=28)** d'entre eux, contre **45,10% (n=23)** qui déclaraient le savoir. Parmi les adolescents qui avaient connaissance de cette spécificité de l'accueil à la MDA, **21,74% (n=5)** étaient âgés de 12 à 14 ans et **78,26% (n=18)** étaient âgés de 15 à 17 ans.

5.3. Adolescents venus sur la MDA pour la confidentialité du lieu :

Parmi notre échantillon d'adolescents :

- **78,43% (n=40)** ont déclaré qu'ils seraient venus même si la MDA ne pouvait leur permettre un accueil confidentiel :
- **13,73% (n=7)** ont rapporté qu'ils ne seraient pas venus si la MDA ne pouvait leur permettre un accueil confidentiel.
- **7,84% (n=4)** ne savaient pas s'ils seraient venus ou pas.

Les adolescents rapportant qu'ils ne seraient pas venus à la MDA si leur passage ne pouvait être confidentiel étaient :

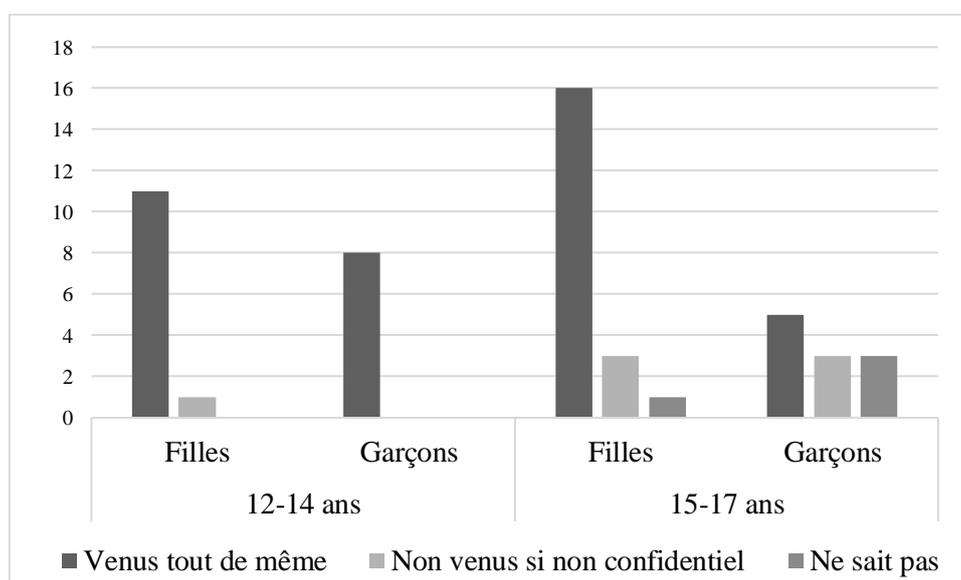
- pour **85,71% (n=6)** d'entre eux âgés de 15 à 17 ans,
- pour **14,29% (n=1)** d'entre eux âgés de 12 à 14ans,
- pour **57,14% (n=4)** d'entre eux des filles,
- pour **42,86% (n=3)** d'entre eux des garçons.

Parmi les 16 adolescents qui se sont rendus sur la MDA sans leurs parents/beaux-parents:

- **43,75% (n=7)** ont déclaré qu'ils ne seraient pas venus si il n'y avait pas la possibilité que leur accueil soit confidentiel,
- **31,25% (n=5)** ont rapporté qu'ils seraient venus tout de même si l'accueil ne pouvait être confidentiel,
- **25% (n=4)** ne savaient pas s'ils seraient venus ou pas.

La répartition des effectifs des adolescents selon l'âge et le sexe est présenté en **Figure 9**.

Figure 9. : Adolescents venus sur la MDA pour la confidentialité de l'accueil, répartis selon l'âge et le sexe :



6. Accueil anonyme sur la MDA :

6.1. Connaissance de la notion d'anonymat par les adolescents :

Cette notion était connue chez **80,40% (n=41)** des adolescents de notre échantillon mais **19,60% (n=10)** n'avaient pas connaissance de ce que l'anonymat signifiait. Les adolescents les plus âgés avaient connaissance de cette notion pour **96,77% (n=30)**, seul un adolescent n'avait pas su définir ce terme. Parmi la tranche d'âge des 12-14 ans la notion d'anonymat n'était pas connue ou incomprise pour 9 adolescents, soit **45%**, en comparaison aux **55% (n=11)** qui pouvaient définir ce terme et le comprendre.

6.2. Connaissance du concept d'anonymat concernant l'accueil à la MDA :

Les adolescents n'avaient pas connaissance que la MDA était une structure permettant un accueil anonyme pour **68,63% (n=35)** d'entre eux, contre **31,37% (n=16)** qui déclaraient le savoir. Parmi les adolescents qui avaient connaissance de cette spécificité de l'accueil à la MDA, **6,25% (n=1)** étaient âgés de 12 à 14 ans et **93,75% (n=15)** étaient âgés de 15 à 17 ans.

6.3. Adolescents venus sur la MDA pour la potentialité d'anonymat du lieu :

Parmi notre échantillon d'adolescents :

- **84,31% (n=43)** ont déclaré qu'ils seraient venus même si la MDA ne pouvait leur permettre un accueil anonyme.
- **11,77% (n=6)** ont rapporté qu'ils ne seraient pas venus si la MDA ne pouvait leur permettre un accueil anonyme.
- **3,92% (n=2)** ne savaient pas s'ils seraient venus ou pas.

Les adolescents rapportant qu'ils ne seraient pas venus à la MDA si leur passage ne pouvait être anonymisé étaient :

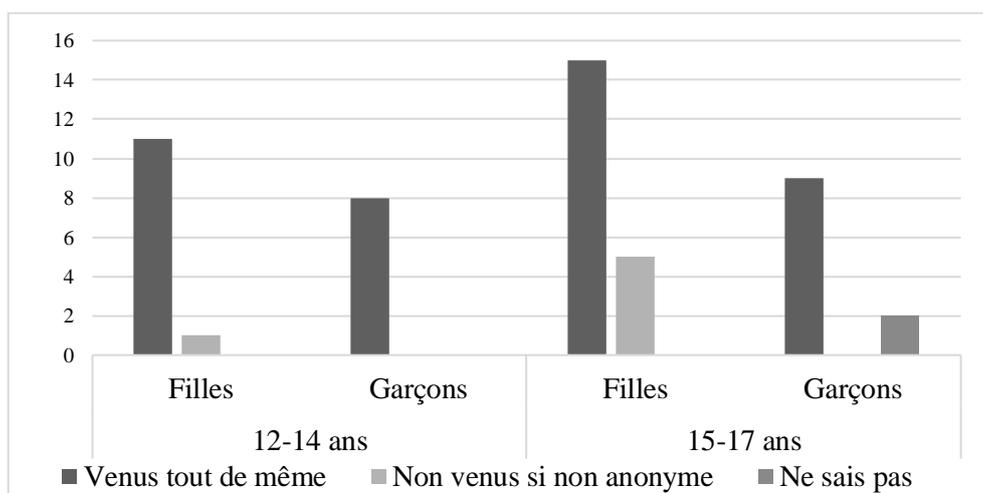
- pour **83,33% (n=5)** d'entre eux âgés de 15 à 17 ans,
- pour **16,67% (n=1)** d'entre eux âgés de 12 à 14 ans,
- pour **100% (n=6)** d'entre eux des filles

Parmi les 16 adolescents qui se sont rendus sur la MDA sans leurs parents/beaux-parents :

- **37,5% (n=6)** ont déclaré qu'ils ne seraient pas venus si il n'y avait pas la possibilité que leur accueil soit anonyme,
- **50% (n=8)** ont rapporté qu'ils seraient venus tout de même si l'accueil ne pouvait être anonyme,
- **12,5% (n=2)** ne savaient pas s'ils seraient venus ou pas.

La répartition des effectifs des adolescents selon l'âge et le sexe est présentée en *Figure 10*.

Figure 10. : Adolescents venus sur la MDA pour la potentialité d’anonymat de l’accueil, répartis selon l’âge et le sexe :



7. Suites du premier rendez-vous de l’adolescent sur la MDA:

7.1. Entretien avec les parents :

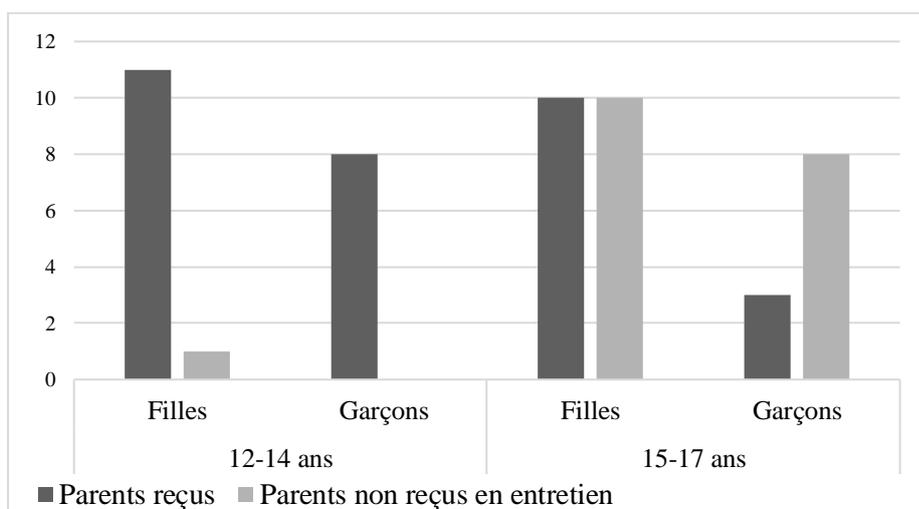
Au moins un des parents ou beaux-parents avaient pu être reçu à la suite de ce premier temps d’accueil avec l’adolescent dans **62,75% (n=32)** des cas, mais dans **37,25% (n=19)** des cas aucun des parents n’avait pu être rencontré.

Tous les parents/beaux-parents qui avaient accompagné les adolescents âgés de 12 à 14 ans avaient été reçus à la suite du premier entretien de l’accueillant avec l’adolescent, au cours du même rendez-vous. Pour la seule adolescente de cette même tranche d’âge, venue seule, les parents n’ont pas été reçus.

Les parents/beaux-parents ayant accompagné leur adolescent, âgé entre 15 et 17 ans pour le premier rendez-vous sur la MDA, ont été reçus en entretien dans **81,25% (n=13)** des cas. Tous les parents rencontrés l’ont été le jour de leur 1^{ère} visite sur la structure. Dans **58,06% (n=18)** des cas les parents des adolescents de la tranche d’âge 15-17 ans n’ont pas été reçus, tout au moins durant la période étudiée.

La répartition des effectifs des adolescents dont les parents ont été reçus sur la MDA est présentée dans la **Figure 11. :**

Figure 11. Adolescents dont les parents ont été reçus en entretien sur la MDA, répartition selon l'âge et le sexe:



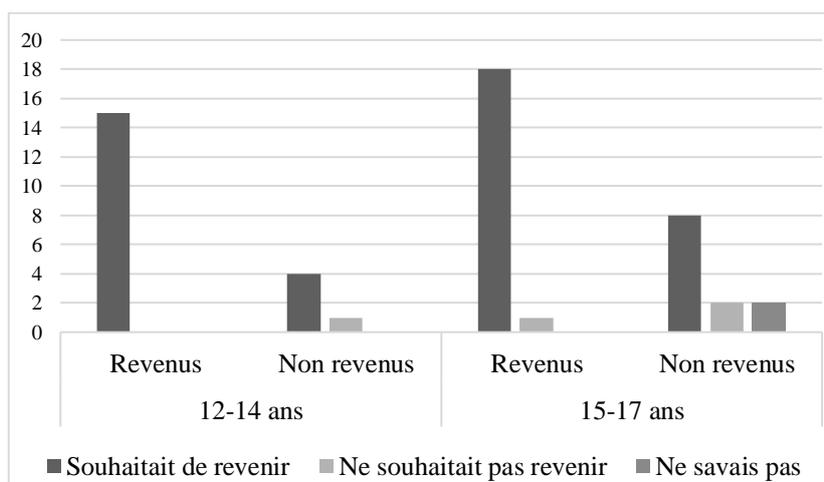
7.2. Second rendez-vous avec l'adolescent:

A l'issue du premier entretien avec les accueillants **88,24% (n=45)** des adolescents de notre échantillon exprimaient le souhait de revenir pour un second rendez-vous, contre **7,84% (n=4)** qui ne souhaitaient pas revenir et **3,92% (n=2)** qui ne savaient pas s'ils allaient revenir pour un deuxième rendez-vous.

66,67% (n=34) des adolescents de notre échantillon sont revenus après un premier accueil sur la MDA, contre **33,33% (n=17)** qui ne sont pas revenus. **44,12% (n=15)** des adolescents qui se sont présentés à un deuxième rendez-vous étaient âgés de 12 à 14 ans et **55,88% (n=19)** avaient entre 15 et 16 ans.

Parmi les adolescents souhaitant revenir **64,71% (n=33)** sont revenus et **23,53% (n=12)** ne sont pas revenus malgré leur souhait. Un adolescent qui avait exprimé le souhait de ne pas revenir s'est toutefois présenté à un deuxième rendez-vous (**n=1; 1,96%**). **5,88% (n=3)** ne sont pas revenus selon leur souhait exprimé à la première entrevue.

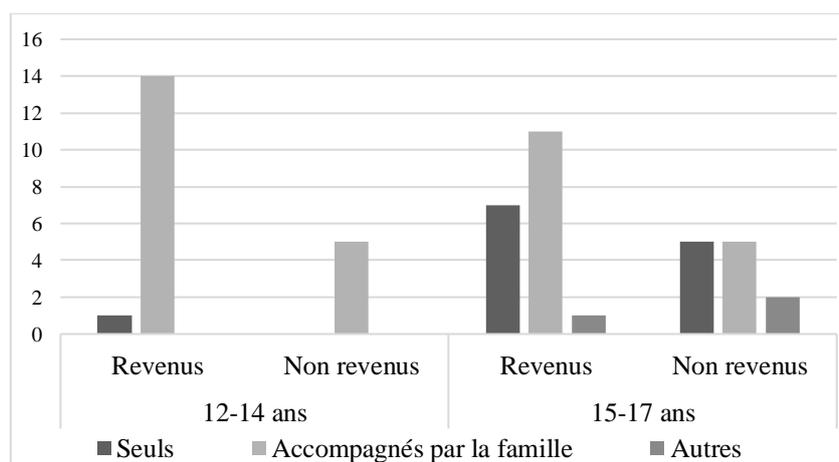
Figure .12 : Adolescents revenus pour un second rendez-vous, répartis selon leur souhait et leur âge :



Sur les 35 adolescents accompagnés par au moins un des membres de leur famille, **71,43% (n=25)** sont revenus à un deuxième rendez-vous contre **28,57% (n=10)** qui ne sont pas revenus.

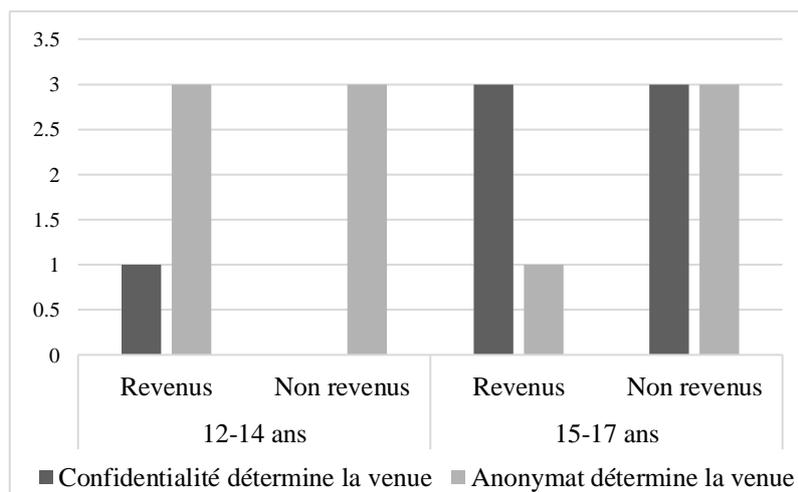
Parmi les 13 adolescents venus seuls, **61,54% (n=8)** sont revenus à un deuxième rendez-vous contre **38,46 (n=5)** qui ne sont pas revenus. De même ceux accompagnés par une personne extérieure à la famille sont revenus pour **33,33% (n=1)** d'entre eux et **66,67% (n=2)** ne sont pas revenus.

Figure .13 : Adolescents revenus pour un second rendez-vous, répartis selon leur accompagnement initial et leur âge :



Parmi les adolescents dont la confidentialité déterminait leur venue au premier rendez-vous, **57,14% (n=4)** sont revenus à un deuxième entretien avec l'accueillant et **42,86% (n=3)** ne sont pas revenus. De même, parmi les adolescents ayant exprimé leur intérêt pour que leur venue soit anonyme sur la MDA, ils ne sont que **40% (n=2)** à être revenus contre **60% (n=3)** à ne pas s'être représentés.

Figure .14 Adolescents revenus pour un second rendez-vous, répartis selon leur demande de confidentialité et d'anonymat:



7.3. Orientation vers l'Espace Santé :

Les situations de **5 adolescents, soit 9,80%** de notre échantillon, ont été abordées en réunion clinique avec les professionnels de l'Espace Santé. A l'issue de cet échange, 4 adolescents (**7,84%**) ont été orientés vers un des professionnels de santé : 2 adolescents ont été reçus par la psychologue, 1 par le pédopsychiatre et 1 adolescent a été orienté vers le pédiatre de la structure.

DISCUSSION

Il s'agit de la première thèse sur le sujet de la spécificité de l'accueil en MDA. Elle cible plus particulièrement les principes de confidentialité et d'anonymat qui sont des principes défendus par le cahier des charges des MDA. L'élément central de réflexion est basé sur l'étude descriptive réalisée dans le cadre de ce travail de thèse mais également à partir d'observations personnelles sur le fonctionnement de la MDA d'Amiens.

1. Quel espace proposé pour l'accueil des adolescents à la MDA d'Amiens ?

Par sa situation géographique et l'organisation même de sa structure, la MDA d'Amiens constitue un espace ouvert vers l'extérieur et vers les jeunes.

1.1. Un espace ouvert sur le département :

L'implantation et la configuration de la structure sont primordiales. En effet la MDA, située au cœur d'Amiens, est un lieu accueillant, chaleureux, non stigmatisant, accessible à tous, par les différents moyens de transport (bus et vélo de la ville, gare ferroviaire et gare routière) afin de favoriser l'accès au plus grand nombre de jeunes de tout le département. Le territoire couvert par la MDA d'Amiens est de plus en plus étendu sur le département et ne s'adresse plus uniquement aux jeunes d'Amiens métropole[48]. Les dernières évaluations portant sur l'origine géographique des adolescents se présentant à la MDA d'Amiens (cf. Cartographie présentée en **Annexe 8.**), montrent qu'ils seraient de plus en plus nombreux à venir de zones reculées du département et notamment de zones rurales.

Le contexte actuel du département est à prendre en compte dans cette constatation. En effet, si l'on se rapporte aux données démographiques de l'Institut national des Statistique et des Études Économiques (Insee), au 1er janvier 2018, la région des Hauts-de-France faisait partie des régions métropolitaines comportant le plus de jeunes de moins de 24 ans (32% de sa population), avec l'Île de France et les Pays de la Loire[49]. De même certains territoires régionaux comme l'Aisne et l'est de la Somme, font face à un certain nombre d'adversités tels que des difficultés économiques et des accès limités aux dispositifs de soins[50]. Ainsi des territoires du département restent isolés et les jeunes ont peu d'accessibilité aux structures d'accueils regroupées sur les zones urbaines (Amiens, Abbeville).

D'autres MDA en France ont pu témoigner également de ces difficultés à rencontrer le plus grand nombre possible de jeunes en souffrance sur leur territoire d'implantation., P. Cottin, avait mentionné en 2008 cette nécessité de repenser l'accessibilité des MDA sur les départements, à la suite du retour d'expérience un an après l'ouverture de la MDA de Nantes[51]. Il avait fait le constat que seuls 30% des jeunes accueillis sur la structure n'étaient pas originaires de la Métropole de Nantes et que les jeunes de « quartiers » avaient peu l'usage de la structure. Le projet pour y faire face a été de développer des missions sur chaque territoire du département pour répondre à la problématique spécifique de l'environnement urbain, rural et marin que rencontraient les jeunes et leurs familles.

1.2. Une « Maison » comme lieu de transition avec l'extérieur:

L'adolescent franchissant la porte d'entrée de la MDA entre directement dans le hall d'accueil. Celui-ci comprend deux parties un bureau d'accueil, à l'entrée, permettant d'accueillir le jeune et de l'identifier et un « séjour ».

Dans cet espace accueil, le jeune et sa famille trouvent plusieurs aires. Un salon comprenant une bibliothèque regroupant divers ouvrages sur l'adolescence ou sur des thématiques culturelles variées à destination des adolescents et de leur famille et également un présentoir de documentation sur les partenaires locaux (éducation, culture, santé) ou des informations de prévention. Une cuisine est également mise à la disposition du public accueilli et des professionnels de la structure.

Ainsi nous pouvons matérialiser cet espace ouvert, comme un lieu de la vie quotidienne : « une maison », où les adolescents et adultes déambulent, vont et viennent, arrivent et repartent à leur guise.

Le terme de « maison » a toute sa place pour désigner ce lieu dédié aux adolescents. Des auteurs émettent l'hypothèse que les MDA représentent à la fois des espaces transitionnels, des espaces identificatoires et des espaces de mouvements d'autonomisation[52].

Par ses qualités premières d'hospitalité, de chaleur et de sécurité par rapport au monde extérieur, la structure représente un lieu résistant aux « intempéries » de l'adolescence, ses questionnements et ses incertitudes ancrées dans le processus de séparation-individualisation qui préoccupe tant l'adolescent que ses parents. L'adolescent peut venir y déposer ce qu'ils ne peut exprimer auprès de sa famille, les conflits et les difficultés qu'il rencontre dans sa propre maison.

Les adolescents y retrouvent un espace de vie, créé pour eux et avec eux . En effet des tables basses, des bancs en bois, un mur d'expression libre ou des objets décoratifs créés par les jeunes lors d'ateliers collectifs structurent l'espace intérieur de cette maison. Ils peuvent s'y retrouver et se rassembler pour y occuper les lieux. Cet espace fait donc aussi référence à leur identité groupale.

Le dispositif de la MDA s'avère donc être un dispositif institutionnel certes, mais accueillant et contenant, pouvant à la fois constituer un support identificatoire pour les adolescents mais aussi venant faire tiers avec le monde extérieur[53].

2. Qui sont les adolescents qui se présentent à la MDA d'Amiens ?

2.1. Des adolescents plus âgés :

Dans notre échantillon la moyenne d'âge des adolescents était de 14,75 ($\pm 1,54$) ans, avec une surreprésentation de la tranche d'âge des 15-17 ans (60,78%), par rapport aux adolescents âgés de 12 à 14 ans qui représentaient 39,22% de notre échantillon. Ces résultats sur notre échantillon sont comparables à la tendance annuelle de l'activité de la MDA d'Amiens qui selon son dernier rapport d'activité a reçu au cours de l'année 2015 une majorité de jeunes âgés de 15 à 18 ans soit 56%, pour 33% de jeunes âgés de 11 à 14ans[48].

Nous avons peu de données sur l'activité des autres MDA de France en comparaison, mais en 2008 , P, Cottin avait publié des données sur la première année de fonctionnement de la MDA de Nantes : l'âge moyen des adolescents qui avait été pris en charge sur la structure était de 16,3 ans et 70% d'entre eux étaient âgés de 14 à 18 ans[51].

Fort est de constater que la MDA semble s'adresser aux adolescents les plus âgés. Nous avons pu également constater dans notre étude que les jeunes adultes constituent une part non négligeable des jeunes s'adressant à la MDA : 42 majeurs se sont présentés à la MDA durant la période de juillet à octobre. Ils représentaient un quart des jeunes reçus par les accueillants de la structure.

A partir de cet âge, le recours aux soins est plus complexe et notamment dans le domaine de la santé mentale. Cette situation est inhérente à l'absence de structures appropriées et à la saturation des structures extrahospitalières (CMP). Actuellement les textes réglementaires en vigueur prévoient que la prise en charge de l'adolescent en pédopsychiatrie s'arrête à l'âge de 16 ans, pouvant aller jusque 18 ans dans certaines situations.

A partir de cet âge les jeunes sont orientés vers les services de soins adultes[14]. Mais ces structures ne sont pas toujours en capacité de répondre aux problématiques plus générales de parcours de vie (orientation professionnelle, relation avec la famille, avec ses pairs) ne nécessitant pas forcément une prise en charge psychiatrique

L'élargissement de l'accueil aux 18 ans et plus par les MDA (jusque 25 ans dans certaines structures) permet donc d'accueillir ces jeunes adultes ayant peu de perspectives de soin et souvent en situation précaire.

2.2. Une prédominance de filles :

Nous avons pu également constater une prédominance d'adolescentes dans notre échantillon avec 62,75% de l'effectif pour 37,25% de garçons.

Si l'on se rapporte de nouveau au dernier rapport de 2016 de la MDA d'Amiens dans son dernier rapport de 2016, la répartition selon le sexe était de 58% de filles pour 42% de garçons[48]. Cette répartition se retrouve une fois encore dans l'expérience d'accueil d'autres MDA, notamment à Nantes où le rapport faisant suite à la première année d'activité retrouvait une proportion de 62% de filles reçues[51]. De manière plus générale, nous pouvons constater cette surreprésentation féminine adolescente dans les études spécifiquement orientées sur les adolescents. Dans son étude épidémiologique en milieu scolaire, menée en 2013, l'INSERM[23], retrouvait parmi la population adolescente 52% de filles âgées de 11 à 23 ans.

Parmi cette même population ce sont majoritairement les filles qui pouvaient exprimer un vécu difficile de leur adolescence pour 57,8% d'entre elles. Elles déclaraient également s'interroger assez souvent voire très souvent sur elles-mêmes pour 61,7% contre 35,7% des garçons. De même cette étude montrait que les filles beaucoup plus que les garçons avaient plus de mal à faire face aux interrogations et aux doutes que ces jeunes traversent dans leur vie (65,6% contre 39,2%).

2.3. Des adolescents scolarisés :

La majorité des adolescents étudiés étaient scolarisés (98,04%), les lycéens représentant la majorité des effectifs, 58,82%. Cette répartition entre lycéens et collégiens est concordante avec la répartition des effectifs pour chacune des tranches d'âges de notre échantillon d'adolescents. Un seul des adolescents nouvellement reçus durant la période étudiée était déscolarisé.

Selon les données nationales de l'Insee de 2016[54], le taux de scolarisation est de 98% chez les collégiens, entre 82,3 et 93,8% pour les 15 à 17 ans dans les établissements secondaires et de 2,6 à 6,4 % dans une structure d'apprentissage. Le taux de déscolarisation augmente avec l'âge. Selon ces mêmes données, 2% des adolescents de 12 à 14 ans sont déscolarisés et jusqu'à 7,8% pour les jeunes de 17 ans.

3. Un accueil sans rendez-vous ?

Basé sur le cahier des charges, les MDA ont pour objectif général d'offrir aux adolescents et aux familles un accueil en « continu et ouvert » et donc sans rendez-vous. Chaque jeune doit pouvoir pousser la porte d'une MDA et y trouver une écoute et une hospitalité directe[55]. Cette spécificité s'inscrit dans une volonté de respecter la temporalité de l'adolescent, ce qui est essentiel dans la rencontre avec l'adolescent[25]. L'adolescent ne peut attendre et encore moins quand il est en souffrance psychique.

Toutefois l'accueil sans rendez-vous s'avère plus problématique actuellement pour la MDA d'Amiens. L'équipe se retrouve fréquemment dans l'obligation de différer les demandes de rencontre avec les jeunes. En effet, dans notre présente étude, nous avons pu mettre en évidence que la majorité des premiers temps de rencontre avec l'adolescent passe par l'intermédiaire de la prise d'un rendez-vous. 86,27% des adolescents reçus nouvellement sur l'Espace Accueil, se sont vu proposer une date, un horaire et le nom d'un accueillant à la suite de leur venue sur la structure ou leur appel . Ces demandes étaient effectuées auprès du bureau d'accueil soit par l'adolescent lui-même, soit par sa famille. Nous n'avons pas pu dans cette étude relever les informations sur la prise de rendez-vous pour spécifier ce point: qui a pris le rendez-vous et selon quelles modalités.

Cette tendance s'explique largement par la croissance de la file active de jeunes suivis par les accueillants, ces derniers devenant moins disponibles pour l'accueil spontané, mais également par l'augmentation des nouvelles demandes constantes. Selon son dernier rapport, de 2015 la MDA d'Amiens affichait une croissance de plus 12% de ces activités d'accueil et de médiations[48].

Les quelques entretiens d'accueils réalisés sans rendez-vous, soit 13,73% de notre effectif ne sont pas liés spécifiquement à la prise en charge de situations d'urgences mais sont en partie en lien avec une disponibilité ponctuelle d'un accueillant. Toutefois les professionnels de l'Espace accueil se rendent disponibles pour toute situation qui nécessiterait une orientation adaptée en urgence notamment en cas de conduite suicidaire.

4. Qui oriente vers la MDA ?

4.1. L'Éducation Nationale : un partenaire pour la MDA :

L'accueil de l'adolescent sur la MDA s'inscrit en amont et en aval de la trajectoire du jeune. La MDA en tant que lieu ressources ne se substitue pas aux structures et équipes de professionnels présentes autour du jeune. Comme le précisent certains auteurs, la volonté des MDA est de proposer aux adolescents des dispositifs appropriés mais en valorisant ceux déjà existants, et de permettre de créer autour du jeune un « travail partenarial » dont la MDA peut-être une « instance coordinatrice »[9]. Ainsi en tant que « tête du réseau » collaborateur sur les problématiques de santé et bien-être des jeunes sur le département, la MDA devient le lieu privilégié d'orientation des jeunes par ses partenaires notamment l'Éducation nationale et le secteur social.

En effet les professionnels de l'Éducation Nationale, les travailleurs sociaux, mais également les médecins généralistes, étant les premiers à être en contact avec les adolescents et leur parents, ils ont un rôle important de prévention et de détection précoce des situations nécessitant un accompagnement spécifique. Ces professionnels sont les premiers instigateurs de l'orientation vers la MDA. Au sein de notre échantillon, 39,22% des adolescents qui se sont présentés sur la MDA l'ont fait sur le conseil d'un professionnel de leur établissement scolaire ; conseiller principal d'éducation, infirmière scolaire ou assistante sociale. Notamment ce sont les adolescents les plus âgés qui ont eu recours à ce mode d'orientation.

4.2. Les professionnels de santé :

Les professionnels de santé sont également des interlocuteurs de recours pour les jeunes. Dans notre échantillon, 11,76 % étaient orientés par leur médecin généraliste, un professionnel de santé de structure ambulatoire tels que les CMP, ou d'un service du CHU d'Amiens-Picardie. Ces propos peuvent être étayés par des données d'études réalisées auprès d'adolescents. Dans

l'étude « Portrait d'adolescents »[23] publiée par l'Inserm, en 2015, la majorité des adolescents interrogés, déclaraient pouvoir discuter de leurs problèmes avec leur médecin généraliste (80,4% des filles et 63,9% des garçons).

4.3. Le « Bouche à oreille » et les médias :

Toutefois, « le bouche-à-oreille » tient une place importante pour le recours à la MDA par les jeunes. Ainsi 37,25% des adolescents de notre échantillon se sont présentés à la MDA après avoir été informés sur l'existence et les modalités d'accueil de la structure par leur entourage. Ils avaient été conseillés soit directement par un ami, un camarade de classe, ou un membre de la famille, soit par l'intermédiaire de leurs parents. Les parents pouvant par la suite être directement à l'origine de la démarche de leur venue sur la structure et de la prise de contact.

D'autres expériences d'accueil sur des MDA ont pu témoigner de cette orientation d'aval. Selon l'expérience de la MDA de Nantes, rapportée par P. Cottin[51], on retrouvait également que 55,7 % des jeunes qui se présentaient sur la structure, étaient orientés par un professionnel partenaire du département. De même le bouche à oreille et « l'invitation familiale » constituaient plus de 20% à eux deux, de recours possible d'information sur la MDA par les jeunes. Une part importante était attribuée aux médias soit 23% de leur effectif.

Ce dernier paramètre laisse entendre que l'originalité de cette structure dédiée aux adolescents doit pouvoir être mise en évidence par cette voie et notamment via Internet qui est un mode privilégié d'informations sur leur santé pour les jeunes aujourd'hui (45 % des 15-30 ans utilisent Internet pour des questions de santé)[56].

La MDA d'Amiens possède un site internet créé à destination des jeunes et de leur famille mais également pour les professionnels. Il a pu être constaté une nette augmentation de fréquentation du site (le taux de consultation ayant doublé entre 2014 et 2015)[48]. Il permet ainsi aux adolescents et aux parents de découvrir virtuellement le lieu avant d'en franchir la porte.

5. Qui accompagnent les adolescents à la MDA ?

Selon les résultats de notre étude les adolescents se sont présentés majoritairement accompagnés par au moins un membre de leur famille. En effet 68,63% étaient soit accompagnés par leurs deux parents, soit par leur mère, leur père ou un beau-parent uniquement. La mère était la figure parentale la plus présente dans l'accompagnement des jeunes (50,98%).

De même 25,49% des adolescents de notre échantillon se sont présentés seuls et ce majoritairement pour les plus âgés (15 à 17 ans) dans 92,31% des cas. Et seuls deux adolescents sont venus accompagnés d'un autre jeune ; ami ou petit-ami.

Ceci va à l'encontre de ce à quoi nous pouvions nous attendre en projetant que l'adolescent dans son processus de séparation et d'autonomisation se serait présenté en majorité seul ou accompagné de ses pairs, d'autant plus que la MDA leur permet de consulter sans autorisation parentale préalable. Ainsi la place des parents est primordiale à la MDA autant dans la demande de prise en charge de l'adolescent que dans son accompagnement.

Dans une enquête menée sur la place des parents dans les MDA, par M-H Calvet en 2012[57], il a pu être constaté que l'adolescent se présentant à la MDA, même seul, est souvent porté dans sa demande par sa famille et notamment par ses parents.

S'il ne sont pas accompagnés par leurs parents, les adolescents les informent volontiers de leur venue sur la structure. Dans notre étude, les adolescents venus seuls ou accompagnés par un tiers autre que la famille étaient 37,5% à avoir informé leurs parents de leurs rendez-vous sur la MDA en amont de leur venue et 40% à déclarer souhaiter le faire, ou du moins l'envisager, a posteriori.

De même comme nous avons pu le constater, la famille ou les parents sont les problématiques principales retrouvées comme motifs de consultations (pour 54,90% des adolescents de notre étude). Dans cette problématique autour de la vie familiale on parle principalement de problèmes de communication parents/enfants, de refus d'autorité parentale mais également de violence intra familiale. Ainsi de nombreuses questions sont liées aux conflits du temps de l'adolescence, au cadre éducatif. Dans ce sens M-H Calvet[57] a pu faire le constat que ce sont parfois les adolescents qui accompagnent les parents et non l'inverse. Les adultes viennent ainsi à la MDA pour faire part de leur désarroi face à leur adolescent, de leur difficulté à vivre en commun et de leur inquiétude vis-à-vis de l'enfant. Il recherche un soutien et une réassurance auprès des professionnels de l'accueil. C'est dans ce contexte que parfois les parents peuvent être reçus seuls et se voir proposer des rendez-vous en dehors de toute rencontre avec l'adolescent.

La présence familiale dans la première rencontre avec la MDA par les adolescents peut être également corrélée avec le souhait de l'adolescent de venir sur la structure. Dans notre étude, 25,49% des adolescents ont pu déclarer avoir « été obligés » de venir, soit 31,43% de ceux accompagnés par leurs parents/famille. Et à l'inverse ce sont majoritairement les filles plus que les garçons qui ont exprimé le souhait de se rendre à la MDA (71,88% contre 47,36%).

Cette différence entre les genres a été mise en évidence également par M-H Calvet[57], qui constatait que les parents venaient plus souvent rapporter les problèmes de leur garçons « comme porte-paroles » alors que les adolescentes venaient davantage porter une demande en leur nom, revendiquant leur propre temps de parole.

Les parents ne viennent pas seulement accompagner l'adolescent ou porter la demande de rencontre sur la MDA, ils sont également reçus par les professionnels accueillants comme « environnement » de l'adolescent. Les parents ont une place essentielle auprès de l'adolescent comme ressource mobilisable autour de l'adolescent[57]. Ainsi l'entretien secondaire avec les parents à la suite de la première rencontre avec l'adolescent, n'est pas systématique mais fortement ancrée dans les pratiques de la MDA.

Sur la MDA d'Amiens les professionnels rencontrent le plus souvent possible les parents accompagnant les adolescents si ces derniers donnent leur accord. Si l'adolescent se présente seul, l'accueillant peut lui proposer de solliciter ses parents pour l'accompagner lors d'un prochain rendez-vous. Ainsi pour 62,75% des adolescents de notre étude, au moins un des parents avait pu être rencontré . De même dans 81,25% des cas les parents accompagnants ont rencontré un accueillant à la suite du premier entretien avec le jeune. Ce sont majoritairement chez les adolescents les plus âgés, venus plus souvent seuls sur la structure, que les parents n'ont pu être reçus.

Pour dire quelques mots sur la présence majoritaire des mères dans l'accompagnement, nous pouvons nous appuyer sur l'étude « Portrait d'adolescents »[23]. En effet dans cette enquête, les auteurs ont montré que les adolescents s'adressaient en priorité à leur mère, autant les filles que les garçons, quand il s'agissait de leur problématique de santé 82,5 % et ne seraient que 67,9% à en parler à leur père. De même parmi ces jeunes interrogés, ils étaient nombreux à être plus satisfaits de leur relation avec leur mère qu'avec leur père.

6. Pour quelles problématiques les adolescents se rendent-ils à la MDA ?

6.1. Une vie familiale compliquée :

Comme nous l'avons vu au point précédent, la problématique principale qui a pu être relevée par les accueillants concernait pour la majorité de notre échantillon, la vie familiale. De même, sachant que les adolescents sont majoritairement accompagnés par leur famille ou

invités à l'être secondairement, nous pouvons nous interroger sur la place que peut prendre la MDA dans ce cadre de problématique familiale. Pour accompagner les adolescents et leur famille, la MDA peut jouer le rôle de tiers notamment dans la relation parents/enfant. C'est ainsi que se positionnent certaines MDA interrogées dans l'enquête de M-H Calvet en 2012[57]. Une intervention en tant que médiateur où l'adolescent n'est plus l'objet du soin mais c'est la famille qui prend ce statut. Le travail est ainsi centré sur le lien et le système familial et sa problématique au cours d'entretiens seuls avec les parents ou avec les parents et l'adolescent. Dans la pratique de la MDA d'Amiens, ce travail familial est réalisé en intégrant les professionnels de l'Espace Santé, psychologue et pédopsychiatre, formés à la thérapie systémique.

6.2. Des difficultés scolaires :

La deuxième problématique mise en avant par les accueillants au sein de notre étude est liée à la vie scolaire des jeunes. Cette problématique représentait 21,57% des adolescents étudiés. Nous pouvons mettre en corrélation nos résultats avec les études menées auprès des jeunes et pour lesquelles ils ont été interrogés sur leur scolarité[23]. Même si la majorité des élèves disaient aimer l'école (63,7%), les jeunes rapportaient une réelle souffrance dans leur vécu scolaire: 82,7% se disaient fatigués et 67% stressés ou énervés par l'école. Les problématiques en lien avec la souffrance scolaire sont généralement le décrochage scolaire, le désinvestissement et/ou l'absentéisme, voire la déscolarisation et les erreurs d'orientations scolaires.

Dans ces situations, les adolescents peuvent être orientés par les professionnels accueillants vers la conseillère d'orientation-psychologue de l'Éducation Nationale intervenant à la MDA d'Amiens. L'objectif étant de réaliser un travail avec l'adolescent et/ou sa famille autour des questions liées à sa scolarité et notamment pour les jeunes déscolarisés de renouer avec l'école.

De même dans leur dernier rapport d'activité, les professionnels de la MDA d'Amiens ont mis en avant que parmi les jeunes reçus, les difficultés scolaires étaient souvent en lien avec des problématiques familiales concomitantes. Cette corrélation a été illustrée dans une publication en 2016, dans laquelle les « jeunes décrocheurs » connaissaient un parcours de vie familiale plus difficile que les autres jeunes, devant faire face à des décès ou maladie grave chez les parents, des divorces ou des séparations du couple parental[58].

6.3. Questionnement sur la vie sociale et affective :

Les difficultés que les adolescents rencontrent dans leur vie sociale et affective n'étaient pas une problématique très représentée dans notre étude et ne concernaient que 13,47% des adolescents reçus. Toutefois nous savons que les problématiques relationnelles avec les pairs, les questionnements sur la vie amoureuse et sexuelle et le vécu de la précarité sociale sont des sources de mal être et de souffrance chez les jeunes. Dans leur étude épidémiologique « Portrait d'adolescents », les auteurs rapportaient que les jeunes et plus particulièrement les filles, étaient en difficulté pour définir leur attirance sexuelle et qu'un certain nombre d'adolescents se disaient préoccupés par leur sexualité[23]. Dans ces situations, une rencontre avec la conseillère conjugale et sexologue de la structure peut être proposée aux adolescents dans un autre temps de rencontre. De même, concernant les questionnements plus spécifiques que peuvent avoir les adolescents et notamment adolescentes sur la sexualité, la contraception, les maladies sexuellement transmissibles, etc., ... les accueillants peuvent adresser les jeunes auprès du Planning Familial, présent au sein de la structure de la MDA d'Amiens.

6.4. Des problématiques de santé associées :

En dernier lieu, nous avons pu constater que les problématiques de santé somatique et psychique ne sont que très faiblement relevées parmi les adolescents de notre échantillon, soit 7,84%. Nous pouvons expliquer cette tendance par le fait que cet item est principalement relevé comme problématique secondaire associée aux problématiques principales décrites précédemment. Ces items sont autant de symptômes venant révéler une problématique familiale, affective ou scolaire de fond : stress, angoisses, tristesses, pensées suicidaires, tentatives de suicides, automutilations, troubles du sommeil, addictions, troubles de conduites alimentaires. Ces manifestations sont parfois bruyantes et sont les signes qui alarment le jeune et plus souvent son entourage, sur l'existence d'une souffrance menant à l'orientation vers la MDA. Inversement elles sont parfois révélées voire même recherchées par les accueillants lors de la rencontre avec le jeune. Dans tous les cas, lorsque cette symptomatologie l'interpelle, l'accueillant s'adresse aux professionnels de santé, le pédopsychiatre (ou l'interne de psychiatrie) particulièrement, pour une évaluation clinique de la situation du jeune.

7. Vers qui sont orientés les jeunes ?

Dans notre étude, seuls 4 adolescents soit 7,84 % des adolescents ont nécessité une orientation vers l'Espace Santé. La majorité de ces orientations, dans notre étude, mais également en pratique courante sur la MDA d'Amiens, se font vers les professionnels de santé mentale : le pédopsychiatre ou le psychologue.

L'orientation de l'adolescent par les accueillants fait toujours suite à une discussion entre le jeune, ses parents et l'accueillant d'une part et entre l'accueillant et le professionnel de santé d'autre part. L'accueillant se doit de recueillir l'accord du jeune et de l'informer sur les intérêts recherchés par cette orientation.

Différentes pratiques professionnelles peuvent être proposées selon les situations présentées. Tout d'abord, les professionnels de l'Espace Santé peuvent consulter seuls ou s'associer dans le cadre de consultations en binôme avec d'autres professionnels de santé ou avec les accueillants de la MDA. Ils peuvent également proposer des consultations individuelles pour le jeune ou recevoir le jeune avec ses parents, voire même les parents seuls. Ainsi plusieurs combinaisons sont possibles, au cours de la prise en charge, permettant ainsi de croiser les regards autour d'une même situation. Au sein de cet espace pluridisciplinaire, chaque intervenant garde toutefois sa spécificité.

En effet le pédopsychiatre, proposera des consultations d'évaluation psychopathologique et un travail autour d'un projet de soins. Cette rencontre au sein de la MDA permet de travailler à une future alliance thérapeutique entre l'adolescent et les structures de soins appropriées (CMP infanto-juvénile de secteur, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du CHU Amiens-Picardie).

Le psychologue est amené à accompagner l'adolescent dans le dégagement de sa problématique. Il peut également aider le jeune à élaborer et à accéder à un projet de soins, adapté à ses besoins et à sa demande.

Le médecin pédiatre pourra intervenir pour les problématiques centrées sur les plaintes somatiques, les questionnements autour du corps, de l'alimentation, de la puberté et de la Médecine de l'adolescent plus généralement[59].

L'ensemble des professionnels de santé intervenant sur la MDA a pour fonction de tisser des liens avec les structures sanitaires du département et ainsi favoriser le relais de certaines situations vers les services hospitaliers, de consultation ambulatoire, ou encore de médecine scolaire. Cette meilleure communication en amont avec les services concernés, favorise ainsi l'alliance et l'adhésion aux soins des adolescents.

8. Enjeux de la confidentialité et de l'anonymat dans l'accueil de l'adolescent :

L'ensemble des paramètres relevés dans les objectifs secondaires est à prendre en compte dans l'évaluation du retentissement des principes de confidentialité et d'anonymat lors de l'accueil du jeune sur la MDA.

8.1. Que disent les adolescents de la confidentialité et de l'anonymat :

Dans notre étude nous avons relevé dans un premier temps, les informations relatives aux connaissances des adolescents sur ces notions. En grande partie ces notions étaient connues et comprises par les adolescents. C'est-à-dire qu'ils étaient en capacité avec leurs propres mots d'exprimer l'idée générale du terme employé.

La notion de confidentialité était connue chez la majorité des adolescents de 15 à 17 ans et chez une grande partie des plus jeunes. Toutefois plus de la moitié des adolescents, tous âges confondus, n'avaient pas connaissance que cette notion s'appliquait sur la MDA.

Les « définitions » de la confidentialité rapportées par les adolescents étaient pour exemple : « c'est quand on ne répète pas », « vous gardez les choses pour vous », « ça reste ici », « ce qui est entre nous ». Par l'utilisation de ces termes, l'adolescent fait avant tout référence à la relation de confiance établie entre lui et l'accueillant qui le reçoit. Par cette vision l'adolescent marque auprès de l'adulte sa singularité, son individualité ainsi qu'une reconnaissance de son autonomie et de son libre arbitre. A partir de cette conception de la confidentialité, le non-respect de cette discrétion demandée par le jeune entraîne un risque non des moindres de sentiment de trahison de la confiance qu'a mise le jeune dans la relation, de fragiliser sa demande d'aide, souvent précaire et ambivalente et donc de le voir renoncer aux soins.

D'autres adolescents ont évoqué ces notions par les termes suivants : « ce qui reste secret », « le fait que vous soyez tenu au secret » « c'est le secret professionnel ». Ces termes renvoyant explicitement au terme de secret professionnel dont tout professionnel accueillant et médical est tenu au sein de la MDA.

La loi est donc cette fois au centre de la relation, même si elle ne semble pas être revendiquée par l'adolescent lui-même. Elle sous-tend donc un cadre législatif, même un code, comprenant des droits pour l'adolescent mais également des devoirs pour l'accueillant. Ainsi l'accueillant se doit de respecter la demande du jeune de garder secrets les éléments qu'il va lui confier sous peine de sanction pénale (Article 226-13 du Code Pénal)[45]. Mais l'élément majeur de ce cadre de secret professionnel qui doit être explicité de manière claire et adaptée auprès de l'adolescent est la possibilité et même l'obligation pour l'accueillant de lever ce secret professionnel (Art 226-14)[45] si l'adolescent lui fait part d'éléments dont la nature fait craindre une mise en danger du jeune et d'atteinte à son intégrité de par lui-même ou par son entourage. Ainsi l'adolescent est informé que l'accueillant, dans ces conditions, contactera et informera les parents ou responsables légaux de ce dernier et pourra même en faire part à d'autres professionnels compétents si nécessaire, soit un des médecins rattachés à la structure. De manière générale, cette information est inscrite dans le discours des professionnels de l'équipe d'Amiens lorsqu'ils présentent la structure et son fonctionnement à l'adolescent.

Selon nos résultats, l'anonymat paraissait également être une notion comprise par une majorité des adolescents et notamment les plus âgés . Les termes en référence à l'identité et au nom étaient les plus souvent repérés dans les définitions de la notion d'anonymat comme pour exemple « pas être obligé de donner son identité », « pas obligé de donner son nom » « quand on ne dit pas qui on est ». Peu d'adolescents parmi notre échantillon avaient connaissance que le recours à l'anonymat était possible lors de leur venue sur la MDA.

L'accueil anonyme du jeune à la MDA, permet de rendre inaccessible l'accès à son identité après son passage. Mais cette notion est peu appliquée dans la structure d'Amiens. Ceci n'est pas le choix des professionnels mais le choix de l'adolescent. En effet du côté du professionnel, chaque adolescent accueilli est invité à donner son prénom et sa date de naissance. Le nom de famille n'est pas obligatoirement recueilli, c'est un choix qui est laissé à l'adolescent de le donner à l'accueillant ou non. De même si on considère la possibilité du choix sur la manière dont l'adolescent veut se présenter, il peut très bien utiliser un prénom d'emprunt et changer sa date de naissance. Le professionnel de l'accueil n'a pas pour fonction de

rechercher la confirmation de l'identité de l'adolescent qui se présente à lui. De même l'accueillant demande à l'adolescent s'il accepte de donner ses coordonnées, notamment son numéro de téléphone, dans le but de pouvoir le contacter au besoin dans le cadre du suivi sur la MDA.

8.2. Une volonté d'être anonyme?

Nous avons pu constater que tous les adolescents étudiés avaient accepté de donner leur coordonnées téléphoniques à l'accueillant à la suite du premier entretien. A partir de son passage à la MDA l'identité du jeune et ses coordonnées quand ils les a confiées à l'accueillant, sont inscrites sur la fiche accueil que le professionnel conserve avec l'ensemble des dossiers de sa file active. D'autres données concernant le jeune sont répertoriées sur le tableau de bord numérique de la structure. Les adolescents sont identifiés dans ce fichier par leur prénom, leur date de naissance, leur date d'entrée dans la MDA et les informations relatives aux caractéristiques de son suivi sur la structure : accueillant référent, dates des rendez-vous, accompagnement et orientation. Aucun nom de famille, ni adresse ou encore numéro de téléphone ne sont répertoriés dans le logiciel.

Nous faisons l'hypothèse, que la volonté que peut avoir l'adolescent de venir anonymement sur la structure n'est pas tant de vouloir se rendre anonyme aux yeux des professionnels de la structure, qu'à la vue de ses parents et de son entourage. En présence de l'accueillant l'adolescent répond en général volontiers aux questions sur son lieu de vie, son établissement scolaire.

Dans notre étude nous avons cherché à savoir si les principes de confidentialité et d'anonymat étaient déterminants pour les adolescents s'adressant auprès de l'Espace accueil de la MDA.

La majorité des adolescents avaient déclaré auprès de l'accueillant que ni la garantie d'une confidentialité, ni la possibilité d'un anonymat pour leur présence sur la structure, n'avaient déterminé leur venue. Qu'ils en aient connaissance ou non, ces garanties n'étaient pas ce que les adolescents venaient chercher en se rendant sur la MDA.

8.3. Quel accueil les adolescents souhaitent-ils en allant sur la MDA ?

Que recherche l'adolescent en venant au sein de la MDA quand il fait la demande de parler à un professionnel? Nous pouvons supposer que l'adolescent y recherche avant tout l'écoute. Une écoute bienveillante et non stigmatisante. La rencontre avec un professionnel pour parler de lui, de ses difficultés mais sans avoir l'idée d'aller voir « un psy » avec toute l'imagination erronée qui en découle : symptômes de maladie, peur « d'être fou ». Mais au-delà de l'écoute il y recherche un espace sans contrainte. Un espace où il peut décider de venir avec une problématique, d'y mettre des mots, de se sentir écouté, d'obtenir des conseils et des propositions tout en gardant le choix d'y répondre et de s'en saisir.

8.4. La libre adhésion avant tout ? :

L'adolescent peut choisir librement de ne pas revenir ou du moins pas immédiatement, puis de réapparaître avec la même demande ou non. Ainsi la notion de libre adhésion semble être une notion dont les adolescents se saisissent avec plus d'intérêt. Il apparaît également pour l'équipe d'accueil de la MDA que cette notion correspond plus au rapport que construit le jeune avec la structure.

Dans notre étude, nous avons relevé les données concernant le souhait des jeunes de revenir sur la structure pour un second rendez-vous. La majorité des adolescents avait pu exprimer le souhait d'honorer un second rendez-vous. Toutefois nous pouvons constater qu'un certain nombre d'adolescents ne se sont pas présentés pour leur second rendez-vous. Cette tendance repérée dans notre étude illustre bien la notion de libre adhésion de l'adolescent dans l'accompagnement et l'aide qui lui sont proposés.

8.5. Accueillir l'adolescent et sa famille :

Nous avons mis en corrélation les données concernant la venue à un deuxième rendez-vous avec celles sur l'accompagnement initial du jeune sur la MDA. Nous avons pu constater que l'accompagnement par la famille semblait favoriser l'inscription du jeune dans son suivi sur la MDA. En effet les adolescents venus accompagnés étaient majoritaires à s'être représentés à un second rendez-vous. Nous pouvons supposer que l'encadrement et la validation du jeune dans cette démarche par sa famille sont importants pour faciliter son adhésion. Mais nous devons également mettre ces résultats en lien avec le fait qu'un certain nombre de demandes de rencontre avait été initié par les parents. De même nous avons pu constater que la

problématique familiale était la plus représentée comme motif de recours à la structure. La MDA étant positionnée comme un lieu de ressources également pour les familles, nous pouvons supposer que pour certaines situations ce n'est plus seulement l'adolescent qui consulte sur la MDA mais les parents avec l'adolescent.

9. Limites de l'étude :

Notre étude comporte plusieurs limites.

Tout d'abord, le design même de l'étude est la principale limite de ce travail.

Premièrement, notre étude est une étude descriptive et rétrospective.

Ainsi, nous n'avons pas fait de comparaison entre les différentes modalités d'accueil pour la variable « présence ou absence de réponse positive » aux questions concernant la confidentialité et l'anonymat.

Nous n'avons pu qu'observer une tendance sur notre échantillon d'adolescents mais nous ne pouvons pas conclure à une absence de lien entre la venue des adolescents sur la MDA et l'intérêt qu'ils portent à la confidentialité et l'anonymat en ce lieu.

Ensuite, notre étude se déroule sur un temps court : quatre mois. Celle-ci n'est peut-être pas suffisamment représentative de l'activité annuelle de la MDA d'Amiens.

De plus, nous avons recueilli nos données sur une période n'étant pas repérée sur le rapport d'activité annuelle comme particulièrement intense en affluence (habituellement de avril à juin).

Il est important d'ajouter également que la structure était fermée durant 3 semaines pendant la période de recueil des données, ce qui a eu un impact sur le nombre d'adolescents accueillis et la disponibilité des accueillants dont certains étaient en congés annuels.

Notre étude est uni-centrique. Il aurait pu être intéressant d'étendre cette étude aux MDA de la Somme telle que la MDA d'Abbeville. Ceci aurait permis d'augmenter notre effectif mais aussi de comparer deux modes de fonctionnement dans l'accueil des adolescents.

Un effectif de 9 adolescents n'a pu être inclus. Bien que répondant aux critères d'inclusion, les données comprises dans leur dossier étaient insuffisantes pour pouvoir être utilisables.

Ceci peut s'expliquer par le fait que certains dossiers ont dû être repris avec l'accueillant référent du dossier afin d'en extraire les paramètres nécessaires à l'étude.

Ce fonctionnement sous-tendait à la fois la nécessité de trouver un temps avec le professionnel, ce qui n'a pas pu toujours être le cas étant donné les contraintes de la structure, et que celui-ci puisse compléter les informations du jeune qu'il avait reçu, entraînant un biais de mémorisation non négligeable.

Enfin, l'une des principales limites de notre étude est celle de toutes les études rétrospectives sur dossier : nos résultats ont été dépendants des informations recueillies dans les dossiers manuscrits des accueillants.

Selon les professionnels et leurs habitudes, le contenu des dossiers était différent, pouvant entraîner un biais de retranscription.

De même, les données étaient soumises à la subjectivité de l'accueillant rapporteur de l'information; son ressenti de l'entretien avec l'adolescent pouvait différer de ce que l'adolescent souhaitait réellement exprimer. Il s'agit d'une contrainte dont nous aurions pu nous affranchir en faisant passer un questionnaire sur notre propos directement à l'adolescent, avant sa première consultation par exemple.

CONCLUSION

Les MDA trouvent leur place aujourd'hui comme des lieux dédiés aux jeunes et à leurs familles. De par leur mission première d'écoute, d'orientation et d'accompagnement elles permettent aux jeunes qui ont tendance à rester au dehors des structures de soins de bénéficier d'un espace physique et temporel pour prendre en charge leur mal-être et leur souffrance. Elles ont donc cette capacité d'aborder de front toutes sortes de problématiques que peuvent venir déposer les adolescents ainsi que leurs parents.

Faut-il encore que ces jeunes soient en capacité de mettre en mots les pressions qu'ils subissent dans leur environnement familial, scolaire ou encore social. Pour cela, la MDA s'est construite autour d'un accueil innovant, basé sur le respect de la confidentialité et de l'anonymat du jeune afin de faciliter les temps de rencontre. Mais ces rencontres paraissent aller au-delà de la déontologie professionnelle. Elles semblent s'inscrire dans un souhait du jeune que soient respectés sa temporalité, son autonomie et ses choix. Les adolescents qui viennent à la MDA ont fait le choix de venir, de partir et de revenir ou non, mais également de se saisir des aides qui leur sont proposées. Ils sont alors placés comme acteurs de leur bien-être et de leur santé tout en restant accompagnés par les professionnels.

La MDA s'engage auprès des adolescents et de leur famille à les soutenir jusqu'à ce qu'ils puissent se saisir des dispositifs de soins existant, partenaires de leur réseaux ou non. Elle n'a pas pour vocation de se substituer aux services de soins, notamment dans le domaine de la santé mentale, vers qui l'orientation du jeune est parfois nécessaire. La MDA s'inscrit donc en complémentarité dans l'offre de soin du département sur laquelle elle s'établit. Le but de cette coordination étant d'optimiser les parcours de soins des jeunes dans leur continuité et leur cohérence mais également de développer la prévention et la promotion du bien-être et de la santé.

Au terme de ce travail s'ouvrent des perspectives de réflexion autour du parcours de soin des adolescents et des jeunes adultes ayant comme point de départ la MDA. A partir de ces constats nous devrions en tirer des pistes de travail pour améliorer les liens entre les partenaires du soin à destination des jeunes.

ANNEXES

Annexe 1. Cahier des charges des MDA[33].

Cahier des charges des Maisons des adolescents

1. Les objectifs des Maisons des adolescents

Sur un territoire donné, les Maisons des adolescents sont des structures pluridisciplinaires qui constituent des **lieux ressources** sur l'adolescence et ses problématiques à destination des adolescents, des familles et des professionnels.

L'adolescence est ici entendue comme une période de vie s'étendant de 11 à 21 ans, pouvant se prolonger jusqu'à 25 ans suivant les projets des Maisons des adolescents.

Les Maisons des adolescents remplissent les objectifs généraux suivants :

- Apporter des réponses pertinentes et adaptées aux besoins des adolescents, notamment en ce qui concerne leur santé et leur bien-être, en articulation et en complémentarité avec les dispositifs existants sur le territoire
- Offrir un accueil généraliste en continu et ouvert à tous les jeunes par des professionnels des domaines sanitaire, médico-social, social, éducatif ou judiciaire intervenant dans le champ de l'adolescence
- Offrir une prise en charge multidisciplinaire généralement de courte durée
- Fournir aux adolescents un soutien, un accompagnement et les informations nécessaires au développement de leur parcours de vie
- Développer la prévention et promouvoir des modes de vie impactant favorablement la santé et le bien être
- Contribuer au repérage des situations à risques (violences, usage de substances psychoactives et pratiques addictives, comportements sexuels à risques...) et à la prévention de la dégradation de situations individuelles (échec scolaire, déscolarisation, radicalisation...)
- Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge et des accompagnements, en contribuant à la coordination des parcours de santé
- Favoriser l'élaboration d'une culture commune sur l'adolescence, le décloisonnement des différents secteurs d'intervention et les pratiques coordonnées sur un territoire
- Contribuer au renforcement d'une médecine de l'adolescence.

Il en découle les objectifs opérationnels suivants :

- Offrir aux adolescents, notamment ceux qui sont en rupture et/ou ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels, un espace d'accueil neutre, ouvert et non stigmatisant, conforme à la temporalité de l'adolescent, et une prise en charge médico-psychologique et somatique, mais aussi juridique, éducative et sociale, généralement de courte durée

- Accueillir, conseiller, orienter les jeunes et leurs familles, faciliter leur accès aux services dont ils ont besoin
- Favoriser la mise en réseau des acteurs territoriaux intervenant auprès des adolescents et la mise en œuvre d'accompagnements et de prises en charge collectives ou individuelles, globales, pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles (médicales, psychologiques, sociales, éducatives, médico-sociales, voire judiciaires) en vue de la santé et du bien-être des jeunes
- Coordonner en interne à la Maison des adolescents et avec les partenaires le suivi des prises en charge multidisciplinaires conjointes
- Organiser et fournir une expertise pluridisciplinaire sur des situations individuelles afin de définir une stratégie de prise en charge et d'accompagnement
- Développer des dispositifs innovants et/ou expérimentaux, de nature à adapter l'offre des Maisons des adolescents aux évolutions des problématiques de santé des adolescents, des territoires, des partenariats, des ressources professionnelles...
- Développer ou participer à des actions de promotion de la santé en direction des adolescents eux-mêmes, mais aussi des professionnels en lien avec l'adolescence
- Participer à des projets de recherche pluridisciplinaires sur l'adolescence.

2. Le positionnement territorial et dans l'offre en faveur des jeunes

Les Maisons des adolescents s'inscrivent dans le cadre de la territorialisation de la politique de santé animée par les agences régionales de santé (ARS) et des politiques en faveur de l'enfance et de la famille dont la responsabilité est confiée aux présidents de départements. Elles s'articulent avec les dispositifs existants et suscitent des dynamiques partenariales sur la santé et le bien être des jeunes.

Les Maisons des adolescents contribuent au diagnostic et au projet territorial de santé mentale définis à l'article L.3221-2 du Code de la santé publique et peuvent être signataires du contrat territorial de santé mentale en découlant. Elles contribuent également à l'élaboration des schémas départementaux en faveur de l'enfance et de la famille.

Elles peuvent participer à une communauté professionnelle territoriale de santé et être signataires d'un contrat territorial de santé. Elles s'articulent avec les plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes prévus par la loi de modernisation de notre système de santé.

Elles ont vocation à être prises en compte et impliquées dans les contrats locaux de santé, les ateliers santé-ville et les conseils locaux de santé mentale.

Dans le cadre d'une organisation en réseau, les Maisons des adolescents définissent, de façon partenariale, des liens et des modalités de travail en commun avec les autres acteurs intervenant auprès des jeunes, parmi lesquels ceux en charge :

- De la prise en charge médico-psychologique et somatique des jeunes (notamment les secteurs de pédopsychiatrie et psychiatrie)
- De l'écoute des jeunes (Points accueil écoute jeunes, Espaces santé jeunes)
- De la protection de l'enfance (notamment l'aide sociale à l'enfance)

- De la prise en charge des jeunes en difficulté, au titre de la protection de la jeunesse (notamment la protection judiciaire de la jeunesse)
- De la prévention de la déscolarisation et de l'exclusion (notamment les dispositifs mis en place par l'Education nationale)
- Du parcours éducatif de santé (comités départementaux d'éducation à la santé et à la citoyenneté)
- De l'insertion socioprofessionnelle des jeunes (notamment les missions locales)
- De dispositifs médico-sociaux spécialisés, en particulier les consultations jeunes consommateurs
- De l'information, du diagnostic et du dépistage des infections sexuellement transmissibles (notamment les CeGIDD)
- De l'écoute et de l'accompagnement des parents et de l'entourage familial
- De l'information jeunesse
- De la coordination de parcours pour les mineurs non accompagnés
- De la prévention de la radicalisation.

Les Maisons des adolescents viennent en appui et en complémentarité des acteurs existants dans les territoires. Elles interviennent notamment dans le parcours de prise en charge des jeunes les plus en difficulté, au regard de leur expertise en matière de santé globale et plus particulièrement de santé mentale.

3. Le pilotage du dispositif Maison des adolescents

Le pilotage du dispositif Maisons des adolescents est confié aux ARS, qui nomment au sein de leurs services un référent Maison des adolescents. Ce pilotage est organisé en collaboration étroite avec les départements, les autres collectivités territoriales parties prenantes, les autres administrations déconcentrées de l'Etat identifiées sur le sujet et les autres partenaires institutionnels.

Les délégations territoriales assurent un suivi et un soutien rapprochés des structures présentes sur leur territoire, selon des modalités définies par les ARS.

Les agences régionales de santé octroient un financement aux structures Maisons des adolescents sur la base de la conformité de leurs actions avec les dispositions prévues par le présent cahier des charges. En fonction des besoins identifiés et des logiques partenariales existantes, elles peuvent, en lien avec les partenaires cités ci-dessus, identifier les missions devant faire l'objet d'une mise en œuvre prioritaire par la Maison des adolescents et celles pouvant être mutualisées ou revêtir un caractère facultatif.

Elles précisent le rôle des Maisons des adolescents au sein de la stratégie pour la santé des jeunes élaborée dans le Projet régional de santé.

Elles s'appuient sur l'Association nationale des Maisons des adolescents (ANMDA) et son réseau régional.

4. Les conditions et modalités de création

La création d'une Maison des adolescents résulte d'une démarche partenariale s'appuyant sur un diagnostic des besoins du territoire et du niveau de couverture de ces besoins par l'offre en place, tant publique que privée. Doivent être pris en compte les points forts et les points faibles de cette offre, ainsi que les données locales disponibles sur les adolescents (données démographiques, sanitaires, scolaires, épidémiologiques...).

Ce diagnostic doit être partagé par l'ensemble des acteurs intervenant sur le champ de l'adolescence. Il doit également en tant que de besoin associer les autres acteurs concernés (police, gendarmerie...).

Il doit être établi en coordination avec les travaux menés en vue de l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale et des contrats territoriaux et locaux de santé.

A la lumière de ce diagnostic, qui devra être régulièrement révisé, seront élaborés des objectifs pour le territoire, en cohérence avec les priorités territoriales identifiées au sein de la stratégie santé des jeunes du Projet régional de santé.

Dans la dynamique de la politique de la ville et des contrats de ville qui en sont l'un des instruments, une priorité sera donnée à des projets implantés sur des territoires identifiés comme étant en difficulté en termes de vulnérabilité et de fragilité de leur population adolescente.

La phase d'élaboration du projet de Maison des adolescents doit s'appuyer sur un comité de pilotage réunissant les principales parties prenantes et leurs services.

Ce comité de pilotage permet de réunir les deux niveaux de contribution nécessaires à la bonne réussite du projet de Maison des adolescents : le niveau politique et le niveau technique.

La création de la Maison des adolescents fait l'objet d'une **convention constitutive** qui décrit, en conformité avec le présent cahier des charges :

- Les éléments du diagnostic territorial ayant fondé le besoin
- les objectifs opérationnels du projet
- le territoire couvert par la Maison des adolescents (départemental ou infra-départemental)
- les missions confiées à la Maison des adolescents
- les moyens nécessaires à la réalisation des missions confiées
- les apports et engagements respectifs de chaque signataire (financements, mises à disposition de personnels, échange d'information, participation aux réunions de suivi...)
- les modalités de gouvernance stratégique et opérationnelle
- les modalités de suivi et d'évaluation du projet

Cette convention est signée par :

- Le ou les promoteurs du projet : établissement hospitalier, association, conseil départemental...
- L'ensemble des partenaires parties prenantes du projet, dont les financeurs. Ces parties prenantes ont notamment vocation à être :
 - Le conseil départemental et les autres collectivités territoriales (communes et leurs groupements, conseil régional)
 - L'agence régionale de santé
 - Les établissements de santé et les établissements médico-sociaux prenant en charge des jeunes
 - L'éducation nationale

- La protection judiciaire de la jeunesse et les juridictions pour mineurs
- Les services de l'Etat en région et département (direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, direction régionale de la culture...)
- Les missions locales
- Le cas échéant, les caisses d'allocations familiales (CAF et MSA)

5. Le public accueilli, les missions et les prestations proposées

a) Le public accueilli

Les Maisons des adolescents sont ouvertes à tous les adolescents, à leur famille et à tous les acteurs de l'adolescence (professionnels, élus, bénévoles...). Elles leur offrent un accueil large et généraliste.

Les adolescents accueillis sont âgés de 11 à 21 ans, cette fourchette d'âge pouvant varier jusqu'à 25 ans en fonction du projet de chaque Maison des adolescents.

En outre, de par leur mission de coordination pluri-institutionnelle et pluridisciplinaire, les Maisons des adolescents s'adressent de manière privilégiée à des adolescents rencontrant de graves difficultés de vie ou des difficultés multiples ou vivant dans des situations particulièrement complexes, en santé ou dans les champs socio-éducatif et médico-psychiatrique. Les Maisons des adolescents contribuent au traitement de ces situations complexes, notamment celles vécues par des adolescents en situation « d'incapacité », des adolescents radicalisés ou en risque de radicalisation, grâce à des coopérations formalisées avec chacun des partenaires concernés.

b) Les missions

Les Maisons des adolescents remplissent les missions suivantes :

- Missions d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge des publics
 - L'accueil généraliste, déstigmatisé et sans rendez-vous des adolescents et de leur famille
 - L'évaluation des situations et, chaque fois que nécessaire, l'orientation vers les structures les mieux adaptées
 - Les soins médico-psychologiques et somatiques (à la Maison des adolescents ou via un partenariat formalisé)
 - L'accompagnement socio-éducatif (à la Maison des adolescents ou via un partenariat formalisé)
 - La prévention et la promotion de la santé
- Missions de coordination et d'appui aux acteurs
 - La contribution à la coordination des parcours de santé
 - Le soutien aux professionnels, notamment dès lors que ceux-ci atteignent isolément ou institutionnellement les limites de leurs compétences
 - La sensibilisation et la formation aux problématiques de l'adolescence, spécifiquement sur la santé et la santé mentale
 - L'animation et la coordination du réseau des professionnels de l'adolescence

c) Les prestations proposées

Les Maisons des adolescents s'adressent aux adolescents, mais également à leur famille et leur entourage, ainsi qu'aux professionnels et acteurs de l'adolescence intervenant auprès des jeunes dans le secteur de la santé, de l'éducation, de l'apprentissage, de la justice, de la culture, du sport ou encore de la sécurité des personnes.

➤ **Actions en direction des adolescents**

Les actions sont individuelles (accueil, information, entretiens, consultations, accompagnement et suivi dans les domaines médical, psychologique, social, éducatif, scolaire ou judiciaire), mais également collectives (groupes de parole, ateliers thérapeutiques, ateliers de médiation...).

Les accompagnements et les prises en charge sont préférentiellement pluri-institutionnels et pluri-professionnels.

Ils sont organisés en partenariat avec les professionnels et structures intervenant auprès des adolescents : pédiatres, médecins généralistes, centres médico-psychologiques, centres médico-psycho-pédagogiques, mission de promotion de la santé en faveur des élèves, services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, bureaux d'aide psychologique universitaire, centres d'éducation et de planification familiale, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), consultations jeunes consommateurs, établissements d'enseignement, missions locales et, lorsqu'ils sont présents sur les territoires d'intervention des Maisons des adolescents, points accueil écoute jeunes (PAEJ), espaces santé jeunes (ESJ), centres d'accueil et d'orientation pour mineurs isolés étrangers, etc.

Ils sont proposés dans les locaux de la Maison des adolescents, dans les locaux des partenaires ou sur les différents lieux d'intervention de la Maison des adolescents à la rencontre du public adolescent.

➤ **Actions en direction des familles**

Les Maisons des adolescents remplissent un rôle d'accueil et soutien aux parents.

Elles travaillent en lien avec les acteurs du soutien à la parentalité, notamment les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité (REAAP). A ce titre, les actions en direction des familles doivent faire l'objet d'une réflexion partagée, notamment sur la place des parents dans l'accompagnement et la prise en charge.

Elles peuvent être individuelles ou collectives (groupes de paroles, séances d'information, de sensibilisation, cafés des parents).

➤ **Actions en direction des partenaires**

Les Maisons des adolescents réalisent des prises en charge coordonnées avec les institutions intervenant dans le champ de l'adolescence et parties prenantes au projet. Ces prises en charge incluent l'échange régulier d'informations sur les adolescents suivis par la Maison des adolescents et, si besoin, des réunions d'échanges entre la Maison des adolescents et les institutions partenaires pour le suivi des dossiers.

Elles constituent par ailleurs des lieux ressource sur l'adolescence et contribuent à ce titre au renforcement des compétences des différentes catégories de professionnels travaillant auprès des jeunes, notamment sur la question des souffrances et troubles psychiques. Elles confortent ces professionnels et évitent que des services de santé (ou autres) ne soient sollicités pour des difficultés n'entrant pas dans leur champ de compétence.

Les professionnels de la Maison des adolescents peuvent ainsi :

- intervenir, à la demande des professionnels, au sein des institutions, établissements et services afin de rencontrer des adolescents, réaliser des actions de sensibilisation ou d'information des jeunes et/ou des professionnels, participer à des enseignements ou des évaluations en commun
- animer des groupes d'analyses des pratiques, des groupes de réflexion interprofessionnels
- recevoir les membres d'une équipe venant présenter la situation d'un adolescent qu'ils ont en charge et participer à la définition d'une stratégie d'accompagnement
- apporter une expertise et participer à la création de réponses à des situations réputées sans solution (jeunes dits « incasables ») en recevant les professionnels et en réalisant des évaluations dans les institutions

Les Maisons des adolescents interviennent notamment en lien (en amont, en aval ou de manière coordonnée) avec les partenaires suivants, avec qui elles collaborent sur les problématiques de santé et de bien-être des jeunes :

- les médecins généralistes, qui peuvent orienter vers la Maison des adolescents des situations intriquées nécessitant un lieu neutre et un espace de médiation
- les services hospitaliers
- les professionnels de l'éducation nationale, y compris les centres de formation d'apprentis et les comités départementaux d'éducation à la santé et à la citoyenneté
- la mission de promotion de la santé en faveur des élèves
- les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse
- les professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- les missions locales, l'accueil par la Maison des adolescents permettant de renforcer le projet de vie du jeune dans son volet « santé et bien être »
- les autres dispositifs d'accueil et d'écoute des jeunes (PAEJ, ESJ)
- le réseau information jeunesse (CRIJ, BIJ, PIJ...)
- les organismes en charge de dispositifs de soutien à la parentalité
- les conseils locaux de santé mentale
- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les consultations jeunes consommateurs (CJC)
- les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)
- les services jeunesse et d'action culturelle des communes

Elles développent enfin des actions d'information et de formation à destination d'un public néophyte ou averti (colloques, conférences, sessions de formation à thèmes ou journées d'études).

6. Les personnels

Les Maisons des adolescents intègrent des professionnels de champs variés, représentant les différents dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent.

Ces professionnels peuvent :

- être recrutés en propre par la Maison des adolescents
- intervenir à la vacance
- être mis à disposition par leur administration, collectivité ou institution sur des temps dédiés (établissements de santé, sociaux, médico-sociaux, éducation nationale, protection judiciaire de la jeunesse, département et autres collectivités territoriales, associations d'aide à la parentalité, centres de planification familiale, missions locales...).

En termes de métiers, seront toujours présentes les compétences suivantes¹ :

- Coordinateur
- Médecin pédopsychiatre ou psychiatre
- Pédiatre ou médecin généraliste
- Psychologue
- Infirmier
- Travailleur social
- Secrétariat

Selon les projets et les moyens, l'équipe pourra comporter du temps de gynécologue, de nutritionniste, d'addictologue, de conseiller conjugal, de conseiller juridique, ...

Les effectifs et les compétences doivent être adaptés aux besoins identifiés, à l'activité et aux projets de la Maison des adolescents, ainsi qu'à l'écosystème des acteurs existant sur son territoire d'implantation.

Au regard des missions de la Maison des adolescents et de sa fonction de lieu ressource sur le champ de l'adolescence, la mise à disposition de personnels hospitaliers, sociaux et médico-sociaux, de personnels de l'éducation nationale, notamment de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves, de personnels des missions locales et de la protection judiciaire de la jeunesse est vivement encouragée. Ces professionnels apportent en effet leur compétence, leur culture professionnelle, mais aussi institutionnelle, afin de faciliter les articulations dans des accompagnements et prises en charge partagées entre différents acteurs.

¹ En termes d'effectifs, l'IGAS préconise une base minimale de : 1 ETP médecin, 1 ETP psychologue, 0,5 ETP IDE, 0,5 ETP éducateur, 0,5 ETP secrétariat

Ces mises à disposition devront être suffisamment conséquentes, en termes de volume horaire, pour autoriser une collaboration pluri-professionnelle effective permettant d'organiser l'expertise croisée des situations individuelles, la coordination des parcours des jeunes et des acteurs de l'adolescence.

7. L'organisation et le fonctionnement

Les Maisons des adolescents sont des structures ouvertes où les adolescents peuvent se rendre librement et gratuitement sans qu'une autorisation préalable des parents ne soit nécessaire. L'implication des parents sera cependant recherchée.

Elles sont localisées de façon à être aisément accessibles pour les populations adolescentes, à proximité des transports en commun et des établissements d'enseignement.

Elles sont clairement identifiées et individualisées afin de faciliter leur repérage par les adolescents et l'ensemble des familles et des professionnels intervenant dans le champ de l'adolescence.

Elles offrent des plages horaires d'accueil souples et adaptées aux temporalités adolescentes.

En tant que lieu ressource sur l'adolescence, elles comportent un centre documentaire sur la santé et les problématiques des adolescents, mutualisé le cas échéant avec les partenaires.

En sus de l'accueil sur place et en fonction des besoins repérés, les Maisons des adolescents organisent la mobilité de leurs équipes afin d'aller au devant de certains publics adolescents (par exemple, les jeunes de territoires éloignés ou de quartiers dans lesquels les jeunes et leurs parents sortent rarement pour ce type de démarche personnelle). Elles peuvent notamment mettre en place une équipe mobile.

Pour répondre aux besoins territoriaux non ou insuffisamment couverts, elles peuvent également mettre en place des antennes et des permanences.

Un conventionnement avec des établissements de santé (CH, CHU, CHS) permet de garantir l'orientation des jeunes en cas de besoin d'hospitalisation urgente.

8. Le statut et la gouvernance

La Maison des adolescents est créée par convention constitutive entre ses différentes parties prenantes.

Elle peut constituer une structure autonome ou être rattachée à un établissement de santé public ou privé, une collectivité locale ou encore une association gestionnaire d'autres structures, sous réserve de leur capacité à fédérer et intégrer d'autres partenaires.

Si la forme juridique de la Maison des adolescents est laissée à l'appréciation des parties prenantes, qui déterminent la formule la plus appropriée en tenant compte du contexte local, du nombre et de la nature des acteurs impliqués, une structure *ad hoc* (GIP, association, GCS ou GCSMS) apparaît faciliter les engagements inter-partenariaux.

Le GIP permet notamment d'assurer un regroupement pérenne de partenaires publics et privés, et garantit une stabilité et une transparence des financements.

La convention constitutive de la Maison des adolescents décrit les modalités de gouvernance stratégique et opérationnelle de la structure. Elle prévoit *a minima* :

- Au niveau stratégique, un comité de pilotage territorial animé par la Maison des adolescents. Ce comité de pilotage est composé des parties prenantes de la Maison des adolescents et se réunit au moins annuellement afin :
 - d'évaluer le fonctionnement du partenariat et les actions conduites
 - de confirmer, réorienter ou compléter les axes du partenariat, sur la base notamment des évolutions du diagnostic territorial des besoins et des orientations des politiques publiques sur la jeunesse
- Au niveau local, un management opérationnel assurant la gestion de la Maison des adolescents conformément aux objectifs et modalités explicités dans la convention

9. Le financement

Les Maisons des adolescents assurent une mission transversale sur la santé et le bien être qui implique les acteurs du champ de l'intégration sociale et professionnelle, de l'éducation, de la protection de l'enfance, de la justice. Elles ont vocation à ce titre à être soutenues par ces acteurs.

Le financement de base des Maisons des adolescents, qui leur permet d'effectuer le cœur de leur mission, est assuré :

- Par l'Agence régionale de santé
- Par le Conseil départemental
- De manière complémentaire, par les autres collectivités territoriales (conseil régional, communes et leurs groupements, etc)

Des financements additionnels, permettant de développer des actions, peuvent être apportés :

- Par ces mêmes financeurs
- Par les autres partenaires publics et privés de la Maison des adolescents : établissements de santé, établissements médico-sociaux, missions locales, protection judiciaire de la jeunesse, éducation nationale et mission de promotion de la santé des élèves, fondations, préfecture, CAF, mutualité sociale agricole ...

Ces apports peuvent prendre la forme d'une contribution financière ou de mises à disposition de moyens en personnels ou de moyens matériels (locaux...).

Les mises à disposition de personnels sont vivement encouragées.

10. Le suivi et l'évaluation

Les objectifs et les projets poursuivis par la Maison des adolescents sont déclinés dans un programme d'actions annuel ou pluriannuel.

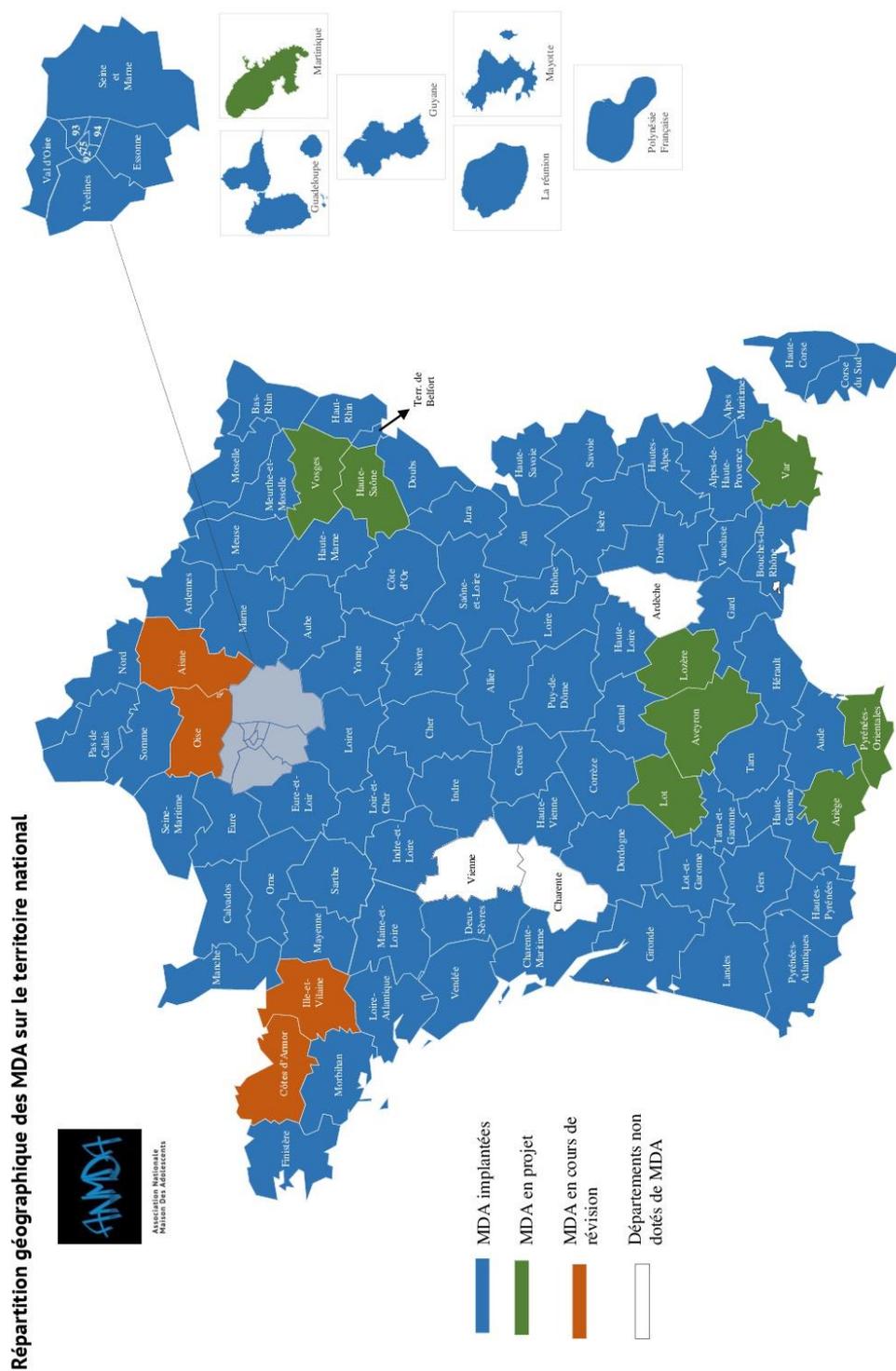
La MDA réalise un rapport d'activité annuel sur la base d'indicateurs élaborés et recueillis à l'aide du guide « *Recueil des données d'activités des Maisons des adolescents* » proposé par l'ANMDA,

permettant un recueil de données harmonisé, complet et cohérent de l'activité des MDA sur le territoire national. L'évaluation de la mise en œuvre du programme d'action est intégrée à ce rapport d'activité.

Le rapport d'activité est présenté au comité de pilotage de la Maison des adolescents et transmis à l'ensemble des parties prenantes, dont systématiquement l'ARS et le Conseil départemental.

Afin de permettre le suivi et l'évaluation de la contribution des Maisons des adolescents à la politique nationale en faveur de la santé des jeunes, un recueil de données est organisé au niveau national par le Ministère de la santé et des affaires sociales.

Annexe 2. Répartitions géographique des MDA sur le territoire national[34].



Annexe 3. Article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles : Droits des usagers :



Chemin :

Code de l'action sociale et des familles

- ▶ Partie législative
 - ▶ Livre III : Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services
 - ▶ Titre Ier : Etablissements et services soumis à autorisation
 - ▶ Chapitre Ier : Dispositions générales
 - ▶ Section 2 : Droits des usagers

Article L311-3

- ▶ Modifié par LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 141

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

- 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
- 4° La confidentialité des informations la concernant ;
- 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
- 7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Liens relatifs à cet article

Cité par:

- Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 - art. 3 (Ab)
- Décret n°2007-1573 du 6 novembre 2007 - art. 3 (V)
- Arrêté du 30 août 2010 - art. 1 (V)
- DÉCRET n°2014-1283 du 23 octobre 2014 - art. (VD)
- AVIS du - art., v. init.
- Décret n°2016-502 du 22 avril 2016 - art., v. init.
- Délibération n°2016-094 du 14 avril 2016 - art. 2, v. init.
- Délibération n°2016-095 du 14 avril 2016 - art. 2, v. init.
- Délibération n°2016-096 du 14 avril 2016 - art. 2, v. init.
- Arrêté du 1er octobre 2018 - art., v. init.
- Code de l'action sociale et des familles - art. Annexe 3-0 (V)
- Code de l'action sociale et des familles - art. Annexe 3-9-1 (VD)
- Code de l'action sociale et des familles - art. D312-155-18 (T)
- Code de l'action sociale et des familles - art. D312-175 (V)
- Code de l'action sociale et des familles - art. D316-4 (V)
- Code de l'action sociale et des familles - art. L241-10 (V)
- Code de l'action sociale et des familles - art. L311-4 (M)
- Code de l'action sociale et des familles - art. L313-1-1 (VD)
- Code de l'action sociale et des familles - art. L313-1-2 (M)
- Code de l'action sociale et des familles - art. L313-5 (M)

Annexe 4. Article L1110-4 du Code de santé publique : Droits de la personne :



Chemin :

Code de la santé publique

- ▶ Partie législative
 - ▶ Première partie : Protection générale de la santé
 - ▶ Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé
 - ▶ Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé
 - ▶ Chapitre préliminaire : Droits de la personne

Article L1110-4

- ▶ Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2

I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.-Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.-Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

III bis.-Un professionnel de santé, exerçant au sein du service de santé des armées ou dans le cadre d'une contribution au soutien sanitaire des forces armées prévue à l'article L. 6147-10, ou un professionnel du secteur médico-social ou social relevant du ministre de la défense peuvent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, échanger avec une ou plusieurs personnes, relevant du ministre de la défense ou de la tutelle du ministre chargé des anciens combattants, et ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés, des informations relatives à ce militaire ou à cet ancien militaire pris en charge, à condition que ces informations soient strictement nécessaires à son accompagnement. Le secret prévu au I s'impose à ces personnes. Un décret en Conseil d'Etat définit la liste des structures dans lesquelles exercent les personnes ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés.

IV.-La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

V.-Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la

mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

VI.-Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé, non-professionnels de santé du champ social et médico-social et personnes ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Liens relatifs à cet article

Cite:

Code de la santé publique - art. L1110-12
Code de la santé publique - art. L1111-5
Code de la santé publique - art. L1111-6
Code de l'action sociale et des familles - art. L312-1

Cité par:

Décret n°82-453 du 28 mai 1982 - art. 28-2 (V)
Décret n°85-603 du 10 juin 1985 - art. 26-1 (V)
Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 - art. 7 (Ab)
Décret n°2007-461 du 25 mars 2007 - art. 6 (Ab)
Décret n°2007-461 du 25 mars 2007 - art. 8 (Ab)
Arrêté du 8 juillet 2010 - art., v. init.
LOI n°2010-1330 du 9 novembre 2010 - art. 60, v. init.
Décret n°2011-59 du 13 janvier 2011 - art. 2
Décret n°2011-774 du 28 juin 2011 - art. 27, v. init.
Arrêté du 9 novembre 2011 (V)
Décret n°2012-170 du 3 février 2012 - art. 15, v. init.
Décret n°2012-837 du 29 juin 2012 - art. 4, v. init.
Prévention de la pénibilité au travail - art. (VE)
Décret n°2012-1482 du 27 décembre 2012 - art. 6 (VD)
Avis du - art., v. init.
Arrêté du 17 juillet 2013 - art. 17 (VD)
DÉLIBÉRATION n°2014-239 du 12 juin 2014 - art. 5, v. init.
DÉLIBÉRATION n°2014-419 du 17 juillet 2014 - art., v. init.
DÉLIBÉRATION n°2014-501 du 11 décembre 2014 - art. 7, v. init.
DÉLIBÉRATION n°2015-175 du 11 juin 2015 - art. 7, v. init.
DÉCRET n°2015-1575 du 3 décembre 2015 - art. 5 (V)
Décret n°2015-1680 du 15 décembre 2015 - art. 1 (V)
LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 77, v. init.
LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 92 (V)
Décret n°2016-502 du 22 avril 2016 - art., v. init.
Délibération n°2016-258 du 21 juillet 2016 - art., v. init.
Arrêté du 25 novembre 2016 - art., v. init.
Arrêté du 25 novembre 2016, v. init.
Rapport - art., v. init.
Arrêté du 5 janvier 2017 - art. (V)
Arrêté du 10 février 2017 - art. (V)
Délibération n°2016-325 du 3 novembre 2016 - art., v. init.
Délibération n°2017-067 du 16 mars 2017 - art., v. init.
Décret n°2017-813 du 5 mai 2017 - art. 4 (V)
Délibération n°2017-215 du 13 juillet 2017 - art. 7, v. init.
Décret n°2017-1644 du 30 novembre 2017 - art. 3 (V)
Décision n°2017-756 DC du 21 décembre 2017 - art., v. init.
Arrêté du 19 décembre 2017 - art., v. init.
Rapport - art., v. init.
Code de l'action sociale et des familles - art. Annexe 3-0 (V)
Code de l'action sociale et des familles - art. L113-3 (V)
Code de la santé publique - art. L1111-14 (V)
Code de la santé publique - art. L1111-15 (V)
Code de la santé publique - art. L1111-18 (V)
Code de la santé publique - art. L1111-25 (V)
Code de la santé publique - art. L1111-7 (VD)
Code de la santé publique - art. L1111-8 (VD)
Code de la santé publique - art. L1111-8-1 (V)
Code de la santé publique - art. L1511-5 (VT)

Annexe 5. Article 226-13 et article 226-14 du Code pénal : De l'atteinte au secret professionnel :



Chemin :

Code pénal

- ▶ Partie législative
 - ▶ Livre II : Des crimes et délits contre les personnes
 - ▶ Titre II : Des atteintes à la personne humaine
 - ▶ Chapitre VI : Des atteintes à la personnalité
 - ▶ Section 4 : De l'atteinte au secret

Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel

Article 226-13

Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article 226-14

Modifié par LOI n°2015-1402 du 5 novembre 2015 - art. 1

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Annexe 6. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel :



En savoir plus sur ce texte...

JORF n°0169 du 22 juillet 2016
texte n° 21

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

NOR: AFSZ1606470D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/AFSZ1606470D/jo/texte>
Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/2016-994/jo/texte>

Publics concernés : professionnels de santé et professionnels du secteur médico-social ou social ; établissements et services sociaux et médico-sociaux ; famille et proches d'une personne décédée.
Objet : échange et partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social.
Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.
Notice : le présent décret détermine les catégories de professionnels du champ social et médico-social habilités à échanger et partager avec les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du code de la santé publique des informations nécessaires à la prise en charge d'une personne, ainsi que les modalités de cet échange et de ce partage.
Il tire également les conséquences des nouvelles modalités d'accès aux informations de santé d'une personne après son décès, applicables aux concubins et partenaires liés par un pacte civil de solidarité. Enfin, il modifie les règles applicables aux mineurs faisant l'objet d'une prise en charge sanitaire et qui refusent que le consentement de leurs parents soit recueilli.
Références : le présent décret est pris pour l'application des articles 7, 96 et 189 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 113-3, L. 232-3 et L. 312-1 ;
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1110-4 ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 12 avril 2016 ;
Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 12 mai 2016 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Article 1

Au chapitre préliminaire du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires), la section 1 est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section 1
« Conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social

« Art. R. 1110-1.-Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :
« 1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;
« 2° Du périmètre de leurs missions.

« Art. R. 1110-2.-Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :
« 1° Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, quel que soit leur mode d'exercice ;
« 2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :
« a) Assistants de service social mentionnés à l'article L. 411-1 du code de l'action sociale et des familles ;
« b) Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;
« c) Assistants maternels et assistants familiaux mentionnés au titre II du livre IV du code de l'action sociale et des familles ;
« d) Educateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie mentionnés au titre III du livre IV du même code ;
« e) Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées mentionnés au titre IV du livre IV du même code ;
« f) Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même

Annexe 9. Grille de dépouillement des dossiers pour recueil des données :

Initiale de l'accueillant : _____ N° Dossier : _____
Date d'entrée à la MDA : ____ / ____ /2018

- Âge : _____ Sexe : Fille Garçon
- Scolarité : Collégien Lycéen
 Apprenti Etablissement spécialisé
 NEET (ni employé, ni scolarisé, ni stagiaire de plus de 16 ans),
 Autres
- RDV Sans RDV
- Accompagnement : Seul Parents ou Mère
 Père
 Famille élargie (fratrie, beaux-parents)
 Ami,
 Professionnel : _____
 - Seul ou autre : parents au courant : Oui Non
 - Si Non, prévenir à postériori : Oui Non
- Coordonnées du jeune dans le dossier: Oui Non
Coordonnées des parents dans le dossier : Oui Non
- Connaitre la MDA par : Education Nationale Bouche à oreille
 Social Autres : _____
 Justice
- Exprime souhait de venir : Oui Non
- Problématiques repérées lors de la première venue:
 - Vie scolaire et professionnelle.
 - Vie familiale.
 - Vie sociale et affective.
 - Santé somatique et psychique : _____
- Définition de la confidentialité : Oui : _____
 NSP
 - MDA est confidentiel : Savait NSP
 - Venu si MDA non confidentiel : Oui Non NSP
 Non concerné (accompagné parents)

- Définition de l'anonymat : Oui : _____
 NSP
 - MDA est anonyme : Savait NSP
 - Venu si MDA non anonymat possible : Oui Non NSP
 Non concerné (accompagné parents)
- Souhait de revenir sur la MDA : Oui Non NSP
 - Revenu à la MDA: Oui Non
- Entretien familial par l'accueillant après entretien avec l'adolescent : Oui Non
- Situation évoqué en réunion clinique avec l'Espace Santé : Oui Non
- Orientation vers l'Espace Santé: Non
 - psychologue pédopsychiatre
 - pédiatre

Annexe 10. Fiche Accueil de l'Espace Accueil de la MDA d'Amiens :

	FICHE ACCUEIL	Réf : /	INDICE 11
			Date de création : 18/5/10

Nom : _____ Prénom : _____

Nom des parents : _____ Adresse : _____

- | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> salarié | <input type="checkbox"/> établ. Spéc. | <input type="checkbox"/> étudiant |
| <input type="checkbox"/> sans emploi | <input type="checkbox"/> apprenti | <input type="checkbox"/> collégien |
| <input type="checkbox"/> lycéen | <input type="checkbox"/> NEET (ni employé, ni scolarisé, ni stagiaire plus de 16 ans)
autres : | |

Reçu(e) par :

Avec RDV

Sans RDV :

Date d'entrée à la MDA : .. / .. / ..

Numéro du jeune : _____

Numéro des parents : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

Accompagné(e) par : _____

A connu la MDA par : _____

1ère demande de l'adolescent : _____

1ère demande de la famille : _____

Date	2 Problématiques repérées
<p data-bbox="284 190 1342 221">Il faut à présent distinguer la problématique principale ① et la problématique secondaire ②</p> <p data-bbox="284 248 632 280">Vie scolaire et professionnelle</p> <p data-bbox="284 331 1406 414"> <input type="checkbox"/> difficultés scolaires - <input type="checkbox"/> décrochage scolaire (+ 16 ans) – <input type="checkbox"/> désinvestissement et/ou absentéisme - <input type="checkbox"/> déscolarisation (-16 ans) - <input type="checkbox"/> victime de harcèlement - <input type="checkbox"/> orientation scolaire ou professionnelle <input type="checkbox"/> problème de comportement à l'école - <input type="checkbox"/> autres : </p> <p data-bbox="284 470 432 501">Vie Familiale</p> <p data-bbox="284 553 1406 660"> <input type="checkbox"/> problème de communication parent/enfant – <input type="checkbox"/> problème de fratrie - <input type="checkbox"/> séparation du couple parental - <input type="checkbox"/> refus de l'autorité parentale - <input type="checkbox"/> violences psychologiques et physiques en intrafamilial – <input type="checkbox"/> difficultés de séparation - <input type="checkbox"/> rupture familiale – <input type="checkbox"/> abandon - <input type="checkbox"/> deuil - <input type="checkbox"/> maladie d'un proche – <input type="checkbox"/> Filiation - <input type="checkbox"/> autres : </p> <p data-bbox="284 723 544 754">Vie sociale et affective</p> <p data-bbox="284 806 1406 889"> <input type="checkbox"/> difficultés relationnelles entre pairs – <input type="checkbox"/> isolement - <input type="checkbox"/> questionnement vie amoureuse et sexuelle - <input type="checkbox"/> séparation et rupture - <input type="checkbox"/> agression physique, sexuelle - <input type="checkbox"/> IVG ou antécédent d'IVG - <input type="checkbox"/> Précarité financière - <input type="checkbox"/> logement et hébergement précaire - <input type="checkbox"/> autres : </p> <p data-bbox="284 969 632 1001">Santé somatique et psychique</p> <p data-bbox="284 1052 1406 1160"> <input type="checkbox"/> trouble des conduites alimentaires (anorexie, boulimie) – <input type="checkbox"/> surpoids/obésité – <input type="checkbox"/> questionnement par rapport aux changements corporels – <input type="checkbox"/> maladie chronique – <input type="checkbox"/> absence de soin de soi - <input type="checkbox"/> angoisse - <input type="checkbox"/> stress – <input type="checkbox"/> pensées suicidaires – <input type="checkbox"/> tentative de suicide – <input type="checkbox"/> isolement - <input type="checkbox"/> auto mutilation — <input type="checkbox"/> trouble du sommeil - <input type="checkbox"/> addiction - <input type="checkbox"/> tristesse - <input type="checkbox"/> autres : </p>	

Annexe 11. Avis et le justificatifs de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) :

PROJET DE RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE (HORS LOI JARDE)

AVIS ET SUITE DE PROCEDURE

- NB : Merci de bien vouloir retourner les éléments de réponses et/ou les documents demandés à l'adresse suivante : Zerkly.SalahEldin@chu-amiens.fr

AVIS DE LA COMMISSION

Date de l'avis : **31/10/2018**

Votre projet de : **thèse de médecine**

Intitulé : **Accueil des adolescents à la MDA**

a été discuté en commission d'évaluation des projets n'impliquant pas la personne humaine de la DRCI.

Vous nous avez sollicités afin de bénéficier d'une aide de type : **déclaration / enregistrement**

Veillez trouver ci-dessous l'avis émis par la commission :

*NB : Les parties mentionnées en **rouge** sont des interrogations ou remarques émises par la commission. Merci de bien vouloir nous adresser les éléments de réponse correspondants par e-mail.*

Avis du point de vue réglementaire (RGPD, MR-004 ou procédure INDS-CEREES-CNIL) :

Du point de vue des variables qui seront recueillies dans votre tableur, pouvez-vous nous confirmer qu'il n'y a aucune donnée personnelle de type nom, prénom, date de naissance ? Par ailleurs, y a-t-il une donnée de santé recueillie ? Par exemple, nous lisons que vous collectez la variable « motif principal de venue à la MDA » : est-ce que le motif principal peut concerner des données de santé ?

Si votre étude n'a collecté aucun nom et prénom, ni date de naissance, ni coordonnées, et qu'il est impossible d'identifier quelqu'un dans votre base, que ce soit directement ou indirectement (par croisement de variables), alors vous n'êtes pas soumise à une obligation d'enregistrer votre fichier, et il n'y aucune démarche réglementaire à faire. Pour en être certain, je vous invite à m'envoyer un copier-coller de la ligne Excel qui contient les noms des colonnes (et uniquement cela).

CONCLUSION : en attente des éléments nécessaires pour confirmer l'absence de démarches réglementaires.

RE: Avis post commission HLJ - projet : accueil des adolescents en MDA

Zerkly Salah El din <Zerkly.SalahEldin@chu-amiens.fr>

Envoyé : ven. 09/11/2018 18:55

À : VANDEPUTTE CAMILLE - INTERNE - CMP PLACE AU FEURRE 80101

Bonjour,

Après lecture de vos réponses, votre étude ne fait pas partie du champ de la loi informatique et liberté. Votre base de données ne possède pas de données à caractère personnel, et il ne semble pas possible d'identifier un individu à partir d'une ou de plusieurs de vos colonnes. En outre, vous ne recueillez aucunes données de santé ni aucunes données sensibles.

Alors votre étude n'a pas besoin d'enregistrement CNIL.

Je reste à votre disposition si besoin d'autres informations.

Bien à vous,

Salah Zerkly

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Huerre P, Pagan-Reymond M, Reymond J-M, Bernard J. L'adolescence n'existe pas: une histoire de la jeunesse. Paris: Odile Jacob; 2003.
- [2] World Health Organization. Développement des adolescents-Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/.
- [3] Ariès P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. Paris: Editions du Seuil; 1975.
- [4] Aurelius Augustinus, Trabucco J. Les Confessions. Paris: Flammarion; 2004.
- [5] Rousseau J-J, Charrak A. Émile, ou, De l'éducation. Paris: Flammarion; 2009.
- [6] Stendhal, Crouzet M. Le rouge et le noir: chronique de 1830. Paris: LGF; 2008.
- [7] Flaubert G, Thibaudet A, Sacy SS de. L'éducation sentimentale. Paris: Gallimard; 2011.
- [8] Thiercé A. Histoire de l'adolescence (1850-1914). 2001.
- [9] Huerre P. Les maisons des adolescents : une vieille histoire ? Les MDA vues comme modèles de nos manières de considérer les adolescents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2011;59:70–4.
- [10] Kestemberg E. L'Identité et l'identification chez les adolescents. *Psychiatrie. Enfant*, vol. tome 5, numéro 2., 1962, p. Pages 441 à 522.
- [11] Morin E, Macé É. L'esprit du temps. Paris: Colin; 2008.
- [12] United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO. Rapport sur la jeunesse. Conférence générale, quinzième session. Paris: 1968.
- [13] Mead M. Le fossé des générations. Denoël. Paris: 1972.

- [14] Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale. Circulaire N°431 du 14 mars 1972, fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. 1972.
- [15] Mâle P. Psychothérapie de l'adolescent. Paris: PUF; 1999.
- [16] United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO. La jeunesse dans les années 80. Conférence générale de l'Unesco à sa vingt et unième session. 1981.
- [17] Marcelli D. Adolescence et psychopathologie. 2013.
- [18] Moro M-R, Brison J-L. Rapport de la Mission Bien-être et Santé des jeunes. 2016.
- [19] Jeammet P, Cyrulnik B, Eliacheff C, Pommereau X, Clerget S. Adolescents d'aujourd'hui: ils vont bien, merci. Montrouge: Bayard; 2015.
- [20] Braconnier A. L'enfant optimiste: en famille et à l'école. Paris: O. Jacob; 2015.
- [21] Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé 1946. Documents fondamentaux , supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006.
- [22] Organisation mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa- Conférence internationale pour la promotion de la santé. 1986.
- [23] Jousset C, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents: enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Gentilly]; [Paris: Centre hospitalier, Fondation Vallée ; INSERM; 2015.
- [24] Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. BMC Psychiatry 2007;7.
- [25] Fuseau A. Adolescences plurielles : pour des accès diversifiés aux soins. Les Journées de la Société Française pour la Santé de l'Adolescent, Nantes: 2012.
- [26] Moro M-R, Brison J-L. Lettre de Mission-Annexe 1-Rapport de la Mission Bien-être et Santé des jeunes. 2016.
- [27] Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. 2016.
- [28] Valls M. Actualisation du cahier des charges des Maisons des adolescents. 2016.
- [29] Association Nationale des Maisons Des Adolescents (ANMDA). Guide pratique des MDA. 2015.
- [30] Bisset C. Maisons des Adolescents, pourquoi ? Comment ? Défenseure de l'Enfant par le Conseil des Ministres. Défenseure de l'Enfant par le Conseil des Ministres;
- [31] Union Nationale des Associations Familiales. Bilan des propositions et premières remarques de l'UNAF. Conférence de la Famille. 2004.

- [32] Association Nationale des Maisons des Adolescents. Petite histoire romancée de la naissance de l'ANMDA. <http://www.anmda.fr/anmda/les-missions/historique/>
- [33] Association Nationale des Maisons Des Adolescents (ANMDA). Cahier des charges des Maisons des Adolescents. 2016.
- [34] Association Nationale des Maisons Des Adolescents (ANMDA). Rapport d'activités 2017. 2018.
- [35] Association Nationale des Maisons Des Adolescents (ANMDA). Les 12 principes socles d'une MDA. 2018.
- [36] Dutray B. La maison des adolescents : Des adolescents et des familles avec des besoins, des partenaires institutionnels en grande demande. L'apprentissage de la complexité et de la complémentarité 2006;Le Carnet Psy: Page 30-31.
- [37] Conseil National de l'Ordre des Médecins. La personne mineure-Droit des patients. <https://www.conseil-national.medecin.fr/la-personne-mineure-1222>.
- [38] Manus J-M. Les professionnels de santé face à la demande de confidentialité des soins d'un mineur adolescent. Revue Française des Laboratoires. Volume2000-Numéro 324-Page 8.
- [39] Conseil National du Sida. L'accès aux soins des mineurs adolescents : le CNS préconise une mesure d'exception au principe de l'autorité parentale. Communiqué de presse. 2000.
- [40] Service public de l'accès au droit. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Article 5 et Article 7. <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- [41] Service public de l'accès au droit. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- [42] Dominguez CR. Le secret médical chez les patients mineurs. J Droit Jeunes 2012;313:25.
- [43] Service public de la diffusion du droit. Article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles-Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services. <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- [44] Service public de la diffusion du droit. Article L1110-4 du Code de santé publique-Droits des personnes malades et des usagers du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- [45] Service public de la diffusion du droit. Article 226-13 et Article 226-14 du Code pénal-De l'atteinte au secret professionnel. <https://www.legifrance.gouv.fr>.

- [46] Jonas C. Dossier médical et secret professionnel dans les soins aux mineurs. *Enfances Psy* 2008;39:76.
- [47] Service public de la diffusion du droit. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- [48] Maison des adolescents de la Somme. Rapport d'activités 2016 de la MDA d'Amiens. 2017.
- [49] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2018 Comparaisons régionales et départementales. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/%202012692>
- [50] Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale. Dynamiques, interdépendance et cohésion des territoires. 2011.
- [51] Cottin P. Quels adolescents, quel réseau autour de la Maison Départementale des Adolescents ? L'expérience de la Loire-Atlantique. *Archives de Pédiatrie* 2008;15: 862-4
- [52] Pripis C, Andrieux V, Mille C, Duriez S. La « maison » des adolescents : du concept de maison au lieu « de passage » adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2011;59:e10–20.
- [53] Podlipski M-A, Gerardin P. Les vertes années des Maisons des adolescents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2011;59:94–8.
- [54] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Effectifs scolaires du premier et second degré et du supérieur en 2015-2016 Comparaisons régionales et départementales. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012683>
- [55] Benoist P, Dahan P, Damour D, Daudy F, Perret A, Reyrolle L. Les Maisons des adolescents sont-elles politiquement correctes ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2011;59:e27–8.
- [56] Institut National d'éducation et de prévention pour la santé, INPES. Dossier de presse: Santé des 15-30 ans : Comment se portent et se comportent les jeunes? 2013.
- [57] Moro MR, Aubray M-C, Cornalba V, Gutton P, Association nationale des maisons des adolescents. *Parents dans les MDA*. Le Bouscat: L'Esprit du temps; 2014.
- [58] Dardier A, Laïb N, Robert-Bobée I. Les décrocheurs du système éducatif : de qui parle-t-on ?
- [59] Gastaldi M. Place et rôle du pédiatre en Maison des adolescents. Enquête auprès de pédiatres impliqués dans le fonctionnement d'une MDA. Université de Picardie Jules

Verne- UFR de Médecine d'Amiens. Université de Picardie Jules Verne- UFR de Médecine d'Amiens, 2017.