



HAL
open science

Étude qualitative sur l'expérience subjective des soignants réalisant les entretiens d'accueil au sein de maisons des adolescents

Tom Freundlich

► **To cite this version:**

Tom Freundlich. Étude qualitative sur l'expérience subjective des soignants réalisant les entretiens d'accueil au sein de maisons des adolescents. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03199957

HAL Id: dumas-03199957

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03199957>

Submitted on 16 Apr 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 129

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
Psychiatrie

Étude qualitative sur l'expérience subjective des soignants réalisant
les entretiens d'accueil au sein de maisons des adolescents

Présentée et soutenue publiquement
23 septembre 2019

Par

Tom FREUNDLICH
Né le 7 mai 1990 à Tarbes (65)

Dirigée par M. Le Docteur Jonathan Lachal, PHU

Jury :

Mme Le Professeur Marie-Rose Moro, PU-PH..... Présidente

M. Le Professeur Bernard Golse, PU-PH

M. Le Professeur Thierry Baubet, PU-PH

M. Le Docteur Jean-Pierre Benoît, PH

Remerciements

Je remercie ma famille pour son soutien inconditionnel pendant toutes ces années d'études.

Je remercie mes amis et ma compagne pour leur présence et leur amour.

Je remercie Pr. Moro Marie-Rose qui me fait l'honneur de présider mon Jury et dont le travail et la réflexion autour des maisons des adolescents m'a encouragé dans ma réflexion et mon travail.

Je remercie Pr. Baubet Thierry pour sa participation à mon Jury. Responsable de Casita, et du fait de son expérience du travail avec les adolescents, sa présence dans mon jury me fait honneur.

Je remercie Pr. Golse Bernard dont les recherches et les observations sur les dynamiques relationnelles de l'enfant et de l'adolescent m'ont aidé dans mon travail. J'ai pu apprécier son attention et sa disponibilité.

Je remercie Dr. Jean-Pierre Benoît pour son humanité et sa bienveillance envers les patients et les internes qu'il reçoit dans son service. C'est à son contact et auprès de son équipe que j'ai eu l'idée de réaliser cette thèse.

Je remercie mon directeur de Thèse, Dr. Jonathan Lachal pour son accompagnement et ses conseils précieux sans lesquels je n'aurais pu réaliser ce travail.

Je remercie tous et chacun des professionnels qui ont accepté de participer à cette étude et qui s'engagent chaque jour auprès des adolescents et des familles qu'ils accompagnent.

Table des matières

1^{ère} partie

INTRODUCTION	13
1. La genèse	13
1.1 Un peu d'histoire ...	13
A. <i>Enfant, Adolescent...Adulte et rites</i>	13
B. <i>L'adolescence, étape de crise normale !</i>	14
1.2 Définitions de l'adolescence	16
A. <i>Biologique</i>	16
B. <i>Psychodynamique</i>	18
C. <i>Neurocognitif</i>	20
1.3 L'importance de l'environnement	21
2. Vers un nouveau paradigme	24
2.1 Une vulnérabilité psychique	24
A. <i>Des chiffres</i>	25
B. <i>Nécessité d'une prise en charge précoce mais mauvais accès aux soins</i>	27
2.2 <i>Des dispositifs de soins inadaptés</i>	28
2.3 <i>Modifier l'existant</i>	31

3. Les Maisons des Adolescents	35
3.1 <i>Le cas français...</i>	35
A. <i>Mise en place du dispositif</i>	35
B. <i>Les missions</i>	37
C. <i>La diversité : l'essence des MDA</i>	40
D. <i>Contexte social et historique</i>	42
E. <i>Une MDA pour quels adolescents ?</i>	45
3.2 Un dispositif qui se questionne	48
A. <i>La question du secret</i>	48
B. <i>Les MDA : un fantasme de toute puissance ?</i>	50
3.3 L'accueil	52
A. <i>L'accueil et le lien comme fonction symbolique des MDA</i>	52
B. <i>L'organisation de l'accueil</i>	53
C. <i>Les AEO</i>	55
D. <i>L'AEO : l'enjeu de la rencontre avec les adolescents – un espace d'initiation des soins</i>	57
4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	61

2^{ème} Partie

MÉTHODE	64
1. Organisation de l'étude	64
2. Population	64
3. Recueil des données	66

4. Analyse	68
5. Résultats et perspectives	70
6. Éthique	70

3^{ème} partie

RÉSULTATS	73
1. L'accueil : une zone de transition	73
1.1 Un terrain fertile pour construire	73
1.2 La demande : un sujet qui se travaille	77
1.3 L'entretien d'accueil et ses missions : un objet incertain et mal défini	81
2. Une relation thérapeutique intermédiaire	84
2.1 Une rencontre signifiante	84
2.2 Un investissement relationnel relatif	87
2.3 Le «point d'embrayage»	90
3. Au cœur du sujet	93
3.1 Le « devenir » sujet comme axe de travail	93
3.2 Un ressenti et une réceptivité soignante qui participe au travail de subjectivation	97
4. Le travail collaboratif au service de l'alliance du	101

travail d'accueil

4.1	L'apport du travail en binôme	102
4.2	Le croisement des regards et la pluridisciplinarité : une altérité fertile	107

4^{ème} Partie

DISCUSSION	112
1. L'articulation du travail d'accueil et institutionnel	112
2. La construction de la demande par les accueillants	115
3. Le paradoxe dans la fonction d'accueillant	121
4. Forces et Limites	124
5. Perspectives de recherche	126
CONCLUSION	128
ANNEXES	131
ANNEXE 1 - Réflexivité	131
ANNEXE 2 - Formulaire d'information pour les soignants	136
ANNEXE 3 - Guide d'entretien semi-structuré	139
BIBLIOGRAPHIE	141
RESUMES VERSION FRANCAISE	159
RESUMES VERSION ANGLAISE	160

1^{ère} partie

INTRODUCTION

1. La genèse

1.1 *Un peu d'histoire ...*

A. Enfant, Adolescent.... Adulte et rites

Le terme *adolescence* provient du latin *adolescere* qui signifie « grandir » ou *encore*, « *adulscere* » qui lui signifie « grandir en s'enflammant ».

Aujourd'hui, on parle de l'adolescence comme si le concept même *d'adolescence* allait de soi, surtout comme si cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte était une période clairement identifiable, « chaotique » et mouvementée. Pourtant, ce n'est que dans la seconde moitié du 19e siècle que la notion d'adolescence est apparue. A la fin du 19e siècle, le monde des soins et de la psychologie a donné naissance à l'hébélogie, littéralement « science de la jeunesse » (1896) (Fleurian et Genvresse 2011).

Il se trouve que de nombreuses sociétés traditionnelles (et/ou dites primitives), fonctionnant sur une base communautaire, ignorent cette étape. L'individu passe directement du statut d'enfant à celui d'adulte par des rites de passage. Le jeune, à un certain âge (selon les sociétés, de 10 à 26 ans), doit être confronté à de véritables épreuves. Il doit montrer qu'il peut assumer pleinement les responsabilités d'un adulte. Par ces épreuves, la société peut certifier que le nouvel adulte peut intégrer le groupe (Huerre 2011).

Nos sociétés occidentales connaissent encore certaines formes rituelles de passage comme le baccalauréat, le passage du permis de conduire... même si ceux-ci semblent peu à peu disparaître (le service militaire par exemple).

On pourrait retenir que le rite de passage serait porteur de sens, à des moments de fragilité de l'existence, en réalisant des actions pensées et jouées, de façon collective, par le groupe d'appartenance (Jeffrey 2008).

B. L'adolescence, étape de crise normale !

Dans nos sociétés modernes, la notion d'adolescence a beaucoup évolué et l'intérêt qui lui a été porté a traversé tous les champs de la connaissance, de la littérature à la psychiatrie, en passant par l'éducation, la pédagogie, la psychologie et la sociologie. Tous ont tenté d'apporter leur pierre à la construction de l'édifice naissant du concept de l'adolescence.

Du point de vue de la problématique éducative et de l'intégration des jeunes dans la société, et avec l'augmentation de l'âge de la scolarisation, l'adolescence est vue comme une période de la vie.

Mais au sein de nos sociétés modernes en pleine mutation, qui semblent avoir mis de côté le sens de la communauté et la capacité de faire se rencontrer les générations entre elles, les « jeunes » expriment leur mal d'intégration. Leurs passages à l'acte questionnent et effraient à la fois. Ainsi, au début du 20^e siècle, et en lien avec la délinquance des jeunes, est née l'idée d'*adolescence « maladie »*. L'adolescence est alors vue sous l'angle de la pathologie.

C'est par la suite avec l'avènement de la pédopsychiatrie et de la psychanalyse d'après-guerre, que Winnicott rappellera que l'adolescence en crise est un processus normal, « crise » dont l'absence signe une pathologie et non l'inverse (Winnicott 1989).

Avec la psychanalyse, l'adolescence devient une période de transition avec une psychopathologie propre, impliquant une série de remaniements psychiques, un « processus de maturation » dont l'enjeu est l'accès progressif à l'autonomie dans toutes ses dimensions, psychiques et sociales (Fleurian et Genvresse 2011, Huerre 2011).

Aujourd'hui, l'adolescence, vue comme un stade spécifique du développement de l'être humain, est devenue un concept multidimensionnel qui a montré sa pertinence. Ce faisceau de visions hétérogènes et multiples écarte la possibilité d'une définition univoque.

Ensemble, ces visions permettent de mieux appréhender le processus adolescent et ses implications ontologiques à tous les niveaux et dans tous les champs, du politico-social au médical en passant par le psychologique et l'éducatif.

1.2 Définitions de l'adolescence

A. Biologique

L'adolescence est d'abord, dans son acception et son versant biologique, le moment où l'enfant accède à la fonction de reproduction et aux caractères sexuels secondaires via la puberté. Elle émerge habituellement entre 10 et 19 ans¹. Les modifications physiologiques de la puberté sont la conséquence d'une activité hormonale. La puberté débute quand la sécrétion pulsatile de GnRH (*gonadotropin-releasing hormone*) par l'hypothalamus, active l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique. Cela déclenche la sécrétion pulsatile de FSH (*follicle-stimulating hormone*) et LH (*luteinizing hormone*) hypophysaires, entraînant une sécrétion d'estradiol et de testostérone au niveau des ovaires et des testicules respectivement.

Le développement pubertaire s'accompagne d'une croissance staturale, d'un accroissement de la masse osseuse et de l'indice de masse corporelle.

¹ OMS. (2005). Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Guide des politiques et des services de santé mentale. URL : https://www.who.int/mental_health/policy/sm_enfant_ado_final.pdf

L'évolution pubertaire est déterminée par les stades de Tanner (développement des caractères sexuels secondaires : pilosité, ménarche, seins, volume testiculaire : (côté de 1 à 5) et la croissance staturale. Le début de la puberté est défini cliniquement par le développement des seins chez la fille (stade Tanner S2) soit, en moyenne, vers l'âge de 11 ans et du volume testiculaire chez le garçon (stade G2) soit, en moyenne, vers l'âge de 13 ans.

La puberté est dite précoce si les premiers signes pubertaires apparaissent avant 8 ans chez les filles et avant 9 ans et 6 mois chez les garçons. Elle est retardée si ces premiers signes apparaissent après 13 ans chez les filles et après 14 ans chez les garçons. L'initiation pubertaire et l'action des hormones dépendent de facteurs individuels (génétiques, épigénétiques, du sexe, de l'âge) mais sont aussi conditionnées par des facteurs environnementaux (ethnie, histoire (avance séculaire de la puberté), facteur nutritionnels (obésité, anorexie), disrupteurs endocriniens, adoption (puberté plus précoce) (Brauner 2006, Devernay et Viaux-Savelon 2014).

L'avènement pubertaire et les modifications corporelles, associées aux modifications des rôles sociaux, entraînent et nécessitent des réaménagements importants de l'identité subjective de l'adolescent et un grand travail psychique. Cela implique plusieurs processus (Discours 2011 ; Jung 2015).

B. Psychodynamique

Un enjeu essentiel de la période adolescente est l'intégration de l'énergie pulsionnelle émergente, en lien avec l'avènement pubertaire, au sein de l'économie psychique du sujet dont l'équilibre est mis à l'épreuve. Les modifications physiologiques, physiques et sociales nécessitent ainsi des grands réaménagements psychiques afin de maintenir une continuité identitaire. Cette dynamique caractérise le processus de séparation-individuation ou de différenciation de l'adolescent.

Il implique une série d'étapes et de mécanismes intriqués :

- Désinvestissements des objets parentaux au gré de nouveaux investissements extérieurs.
- Nouvelles identifications participant à la construction identitaire.
- Subjectivation progressive, favorisée par la fonction miroir de l'environnement et des objets externes participant à l'acquisition d'un moi autonome et d'un espace psychique propre. La vie émotionnelle et pulsionnelle de l'adolescent, s'exprimant d'avantage par les actes va bénéficier progressivement davantage d'une gestion interne par le registre des représentations symboliques, à mesure que le travail de symbolisation s'opère.

In fine, ces processus psychiques favorisent l'accès à une identité propre et autonome. Le sujet devient libre et responsable, capable d'articuler son intériorité avec le monde extérieur pour se réaliser socialement et affectivement. Est ainsi définie la maturité psycho-affective.

La nécessité d'investissement de nouveaux objets extérieurs, couplée à la persistance d'une relative dépendance aux objets primaires ou parentaux, soumet l'adolescent au conflit dit « narcissico-objectal » (Jeammet 1980).

En d'autres termes : pour que le sujet puisse se lancer dans l'exploration du monde extérieur et investir de nouveaux objets, il doit avoir suffisamment d'assises narcissiques (de ressources intérieures, d'estime de lui-même, de capacité à faire confiance...). Il doit avoir pu obtenir (durant la prime enfance puis pendant la période de latence) assez d'étayage extérieur par des parents ou des éducateurs « suffisamment bons ». En particulier, il doit aussi avoir bénéficié d'un étayage maternel suffisant, soit un « caregiving » suffisamment sensible par ses figures d'attachements primaires. L'expérience d'unité à laquelle donne accès cette interaction dyadique mère-bébé est nécessaire à l'internalisation de la permanence de l'objet, apportant un sentiment de sécurité interne et la constitution d'une ébauche de moi.

Ces bases internes constituent un support pour les capacités de représentation et permettent l'intégration de moyens de régulation affective et émotionnelle propre. A défaut d'avoir pu bénéficier de telles interactions, arrivé à l'âge d'accès à l'indépendance, le sujet manque de ressources intérieures. Il aura du mal à faire face aux enjeux liés à l'autonomisation et l'investissement des objets extérieurs (Ciccone 2012, Jeammet 2007).

Sur le plan de la psychologie du développement, ces mécanismes psycho-affectifs correspondent à la réactivation du système de l'attachement. Pour explorer le monde et devenir autonome, l'adolescent a besoin, à l'image du nourrisson et du petit enfant, d'une base de sécurité ainsi que des modèles internes opérants (représentations de soi, des autres et des relations). Ceux-ci lui permettent de se nourrir des relations sans que cela menace son autonomie, sa sécurité interne ou son estime de lui-même. Ces deux dimensions sont associées à la qualité des réponses des figures d'attachement aux besoins de proximité et de sécurité lors de l'enfance (Guedeney 2015)

C. Neurocognitif

Sur le plan cognitif, l'adolescence est une période d'acquisition progressive des capacités d'abstraction et de la pensée opératoire formelle. Il accède au raisonnement hypothético-déductif. Les intérêts intellectuels se développent. L'adolescence correspond à une période de plasticité importante durant laquelle le cortex préfrontal et les fonctions de contrôle exécutif qui lui sont liées, sont relativement immatures.

Cette période de plasticité, associée à une augmentation de l'impulsivité (en lien avec un développement plus précoce du système limbique et une activité accrue du système de la récompense/noyau accubens), constitue alors une fenêtre d'opportunité développementale.

Ces paramètres neuro-développementaux favorisent les prises de risques et la recherche de nouveautés à travers des comportements d'exploration permettant de nouvelles découvertes et favorisant de nouveaux apprentissages.

C'est donc une période de modifications profondes des représentations de soi, des autres, des relations et du monde. Cette période neuro-développementale correspond aussi à une phase d'élagage et de remaniement synaptique majeur, durant laquelle certaines connections synaptiques seront renforcées et d'autres éliminées. Cela correspond, au niveau cognitif et psychique, à la stabilisation des apprentissages et des conditionnements et donc, à la fixation progressive de la personnalité.

L'adolescence est donc une période de grands remaniements structurels et fonctionnels du cerveau, de potentialités de changement et de modifications des trajectoires. Cette période est toutefois aussi une période à risque de développement de maladies mentales (Blakemore 2018, Devernay et Viaux-Savelon 2014, Florin 2018).

1.3 L'importance de l'environnement

$$***F(x) = F(Adolescence) x F(environnement)***$$

Du fait des processus en jeu, on perçoit que la réussite de cette étape tout autant que sa durée sont conditionnées par l'environnement dans lequel l'adolescent a vécu mais aussi par le contexte sociétal dans laquelle cette période-étape se déroule.

Conditionnent le temps nécessaire à la maturation psychique :

- La qualité de l'entourage, sa fonction contenant et sécurisante (présence de pairs soutenant et d'adultes capables de conforter les identifications), la qualité des accompagnements éducatifs au cours de la vie (notamment scolaire) et
- la place attribuée aux adolescents et aux jeunes adultes, dans la société, en termes de rôle, de fonction et d'accès à l'indépendance matérielle (métier, salaire, logement).

Quels sont les facteurs sociaux et familiaux actuels pour l'adolescence d'aujourd'hui en France et comment s'en trouve-t-elle modifiée ?

Depuis le début des années 80, nous connaissons des mutations importantes à un rythme croissant. Le contexte politique, social et économique en crise est peu sécurisant : mutations technologiques, désindustrialisation, société de l'image et de l'immédiat, mondialisation, peur de déclassement, de perdre son identité, divisions au sein de la société, accentuation de l'individualisme, replis sur soi, comportements d'exclusion envers ceux qui ne suivent pas.

Chacun perçoit les bouleversements en cours et le malaise d'une grande partie de la société à laquelle le personnel politique ne propose pas de vision porteuse de sens et de cohésion sociale.

Or, sur le plan social, l'adolescence a toujours fait peur. Cette période de débordements pulsionnels ravive les conflits et la peur du propre débordement pulsionnel des adultes. Les passages à l'acte et les débordements de l'adolescent sont, dans l'inconscient collectif, une menace pour la cohésion sociale. Mécaniquement, ces phénomènes sont alors fortement pourvoyeur d'effets d'exclusion. Ce n'est pas sans rappeler la manière dont certaines espèces animales excluent les jeunes mâles du troupeau, et ce d'autant plus que les circonstances sont défavorables à la survie (Huerre 2011).

Cette dynamique, relative à la fonction sociale et ontologique de l'adolescence, est favorable à l'évolution des sociétés mais est aussi propice aux conflits intergénérationnels. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que la question de l'intégration des jeunes dans la société (et de leur sécurité identitaire) soit loin d'être traitée et que le chômage des jeunes en France se situe entre 20% et 21% selon le sexe².

A cela s'ajoute la défaillance de la formation qui ne s'est pas adaptée aux enjeux et des difficultés d'accès au logement...

Dans ce contexte d'individualisation, de perte de repères liée aux mutations sociétales mais aussi de plus grande liberté et possibilités, la transmission des modes de vie et des valeurs par les parents et la famille cède le pas à l'accompagnement des jeunes vers leur propre individualité et singularité, en passant par leur propre choix d'identification.

² Insee. (2018). Le taux de chômage diminue de 0,1 point au deuxième trimestre 2018. *Informations Rapides*. URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3598305>

Cependant, ce nouveau degré de liberté dans la construction identitaire de l'adolescent implique une plus grande exigence d'autonomie et de responsabilité ainsi que davantage de temps. La prévalence de l'individualisme et l'hyper-narcissisation de l'individu (au détriment de la tiercéité, de l'altérité et des liens sociaux) a fortement accentué la pression narcissique et l'insécurité interne des individus et en particulier des jeunes.

Les éléments ci-dessus, permettent de comprendre les implications environnementales actuelles et de quelle manière elles augmentent la dépendance de cette population et la durée nécessaire à l'acquisition de son autonomie.

L'expérience de la transition développementale de l'enfance à l'âge adulte a beaucoup évolué au 21e siècle. Ainsi, au regard des aspects sociaux et psycho-affectif, il apparaît que la maturation adolescente et l'émergence de l'âge adulte est une période plus instable et prolongée (Arnett 2000, McGorry et al. 2013).

2. Vers un nouveau paradigme

2.1 Une vulnérabilité psychique

Les enjeux narcissiques, identitaires et développementaux dans notre contexte social et environnemental augmentent la vulnérabilité des adolescents et le risque de développer une maladie mentale ou un handicap fonctionnel ultérieur (McGorry et al. 2013).

A. Des chiffres

Une analyse récente de la littérature sur la santé mentale des jeunes, incluant 19 études épidémiologiques dans 12 pays, révèle une augmentation partielle de l'incidence des troubles psychiatriques chez les adolescents au cours de la décennie écoulée (Bor et al. 2014).

La prévalence des maladies mentales chez les 12-24 ans est en moyenne d'environ 25 % pouvant aller jusqu'à environ 50 % dans certaines études (Patel et al. 2007). 50 % des maladies mentales se déclarent avant l'âge de 14 ans et jusqu'à 75 % avant l'âge de 24 ans (Kessler et al. 2015).

Les troubles les plus fréquents pour cette tranche d'âge sont : les angoisses (31.9 %), les troubles du comportement (19.1 %), les troubles de l'humeur (14.3 %) et les troubles liés à la consommation de substances (11.4 %) (Coppens et al. 2015). En Europe, 15 à 20 % des adolescents présentent au moins un trouble psychologique ou comportemental³.

³ OMS. (2002). Services de sante adaptes aux adolescents. *Un programme pour le changement*.

URL :

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69750/WHO_FCH_CAH_02.14_fre.pdf;jsessionid=E8B02C31996FB851A17097B065E5B37D?sequence=1

Par ailleurs, les maladies mentales acquises lors de cette période de la vie sont généralement plus sévères et d'avantages susceptibles de persister à l'âge adulte (Coppens et al. 2015, De Girolamo et al. 2012, Patel et al. 2007)

Ces maladies sont multifactorielles sachant que le poids de l'environnement est très important. Il existe une forte prévalence de comorbidité chez les personnes atteintes de maladie mentale et en particulier chez les 15-24 ans. L'association d'une pathologie mentale et de comportements à risques (consommation de toxiques, comportements sexuels à risques, passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs) est forte. Le suicide est la seconde cause de mortalité dans cette tranche d'âge, après les accidents (Gore et al. 2012).

L'adolescence correspond à une période d'acquisition des compétences sociales et intellectuelles fortement déterminantes pour l'accès à l'autonomie (relations sociales et sentimentales, expériences amoureuses, sexuelles, formations diplômantes et insertion professionnelle, accès au logement), l'impact et le retentissement d'une maladie mentale sur le handicap ultérieur est donc majeur et touche tous les secteurs de la vie.

Ainsi le poids des maladies mentales constitue la plus forte morbi-mortalité à cette tranche d'âge. Jusqu'à 45% des années de vie perdues en bonne santé chez les 10-24 ans sont liées au poids des maladies mentales, sans mentionner la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale qu'elles peuvent générer (Gore et al. 2012).

B. Nécessité d'une prise en charge précoce mais mauvais accès aux soins

Une prise en charge précoce permet l'acquisition de comportements favorisant la santé avec des répercussions qui se maintiennent sur le long terme (Viner 2005). Une prise en charge adaptée au cours de l'adolescence non seulement diminue la durée des épisodes psychiatriques au début de la maladie mais réduit les conséquences fonctionnelles et la morbidité sur le long terme (Patton et al. 2014). Or les études montrent qu'à cet âge de la vie, les personnes souffrant d'une maladie mentale ne bénéficient pas d'un accès à des soins appropriés, voire ne suivent aucun traitement. (Copeland et al. 2015, Farmer et al. 2003, Leslie et al. 2001).

Les résultats de *L'Australian National Mental Health Survey* ont montré que la population des jeunes, non seulement présente la plus forte incidence et prévalence de maladies mentales au cours de la vie, mais est aussi celle qui a le moins accès aux soins.

Seuls 21,8 % des Australiens de 16 à 24 ans ayant un diagnostic de maladie mentale ont accès à une prise en charge (McGorry et al. 2013, McGorry et al. 2014).

Même si, pour tous les âges confondus, l'initiation des soins pour une maladie mentale est très tardive, cette initiation l'est d'autant plus que la déclaration de la maladie se déclare tôt dans la vie d'un individu. La durée de latence est de 9 à 23 ans en moyenne avant qu'un premier contact avec un dispositif de soins se fasse (Wang et al. 2005).

2.2 Des dispositifs de soins inadaptés

Les causes sous-jacentes au défaut d'accès aux soins pour la santé mentale — par une population en ayant pourtant fort besoin — sont multiples (Coughlan et al. 2013).

Premièrement, il y a une défaillance endémique en termes d'investissements dans le domaine de la santé mentale, et ce à l'échelle internationale.

La croyance selon laquelle les jeunes seraient en bonne santé ont poussé les politiques à négliger cette tranche de la population. Pour eux, investir dans le domaine de la prévention n'est pas une priorité (McGorry et al. 2013, McGorry et al. 2014). Les dispositifs de soins actuels en direction des adolescents ne correspondent pas à leurs besoins, ce qui fait que les prises en charge classiques ont tendances à être rejetées (Coppens et al. 2015).

Les délais pour obtenir une consultation de pédopsychiatrie sont trop longs (6 mois, voire 1 an). L'organisation des soins et les moyens alloués à la pédopsychiatrie, en particulier pour la population adolescente, ne permettent pas d'assurer une fréquence et une continuité des soins suffisantes. Ceci est pourtant nécessaire pour modifier significativement et en profondeur le parcours psycho-affectif des adolescents (Buisson 2010, Coppens et al. 2015, Moro 2012)⁴.

⁴ OMS. (2005). Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Guide des politiques et

En outre, cette organisation est très mal adaptée à cette période de la vie. La classique rupture entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, avec une limite fixée à 18 ans, ne respecte pas les exigences développementales des adolescents. Ceux-ci sont régulièrement ballottés entre les services de psychiatrie adulte et ceux de pédopsychiatrie, voire totalement exclus des soins (Buisson 2010, Moro 2012).

De même, les services de psychiatrie sont généralement destinés à une population présentant des troubles sévères et complexes. La tendance actuelle est à la spécialisation des soins et des structures.

Cela rend difficile le décloisonnement des services nécessaire à une prise en charge globale des adolescents, seule adaptée puisque leurs souffrances touchent tous les domaines de leur vie (scolaire, psychique, physique, familial, sociale et éducative) (McGorry et al. 2013).

Ainsi ce cloisonnement entre les différents services favorise la fragmentation et la discontinuité des prises en charges. Ceci répond en miroir au nomadisme des adolescents, à leurs parcours faits de ruptures et de crises. Or la continuité des enveloppes extérieures est capitale pour la sécurité interne et le processus d'individuation de l'adolescent.

Sur le plan subjectif, il est important de souligner que le risque de stigmatisation pour un adolescent atteint d'une maladie mentale est très menaçant pour celui-ci, dans une période de fragilité narcissique. Ceci participe probablement à la réticence à consulter.

Une série de facteurs poussent les adolescents à renoncer à demander de l'aide et notamment : l'attitude du public, la perception et l'auto-stigmatisation de la maladie, le souci du respect de la confidentialité et la part des services dispensant les soins, un accès limité (notamment en raison du temps, du transport, du cout) et un manque général d'information sur les services de santé mentale (Gulliver et al. 2010).

Les adolescents ont besoin de plus d'informations et d'aide psychosociale. Selon eux l'état d'esprit affiché par les services de soins est plus important que leurs qualités techniques⁵.

Ces données soulignent le fort besoin d'intervention et d'élaboration de dispositifs ciblant la prévention et le traitement précoce des jeunes dans des lieux à « leur image » (Moro 2012). Ceci veut dire que ces lieux doivent prendre en compte leur singularité et toutes les dimensions de leur vie de manière globale, décloisonnée et coordonnée (Viner et Barker 2005). Ces lieux se doivent de respecter la temporalité des adolescents et leur liberté de devenir et d'être, en favorisant leur créativité et en promouvant leurs initiatives (Moro 2006, Moro 2012).

⁵ OMS. (2002). Services de sante adaptes aux adolescents. *Un programme pour le changement*. URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69750/WHO_FCH_CAH_02.14_fre.pdf;jsessionid=E8B02C31996FB851A17097B065E5B37D?sequence=1

2.3 Modifier l'existant

La constatation d'une inadéquation des dispositifs de soins existants dans le domaine de la santé mentale des jeunes, à l'échelle internationale, a conduit les acteurs de l'adolescence à repenser en profondeur les paradigmes de soins pour leur santé et à réfléchir à des modalités de prise en charge plus adaptées.

Cela a mené à la création de l'association internationale de santé mentale des jeunes (International Association for Youth Mental Health) ainsi qu'à l'élaboration d'une déclaration internationale sur la santé mentale des jeunes (International Youth mental Health déclaration) (Coughlan et al. 2013).

Plusieurs principes inspirent les nouveaux dispositifs de soin (Coughlan et al. 2013, Hetrick et al. 2017, McGorry et al. 2014) :

- Une participation des jeunes dans l'animation de la structure permettant de créer un environnement familial et promouvant leur créativité et leur autonomie ;
- Une prise en charge qui s'adapte au fur et à mesure du parcours des jeunes, fondée sur une collaboration et une participation active des jeunes dans leur prise en charge ;

- Une culture promouvant une vision optimiste de la maladie mentale et déstigmatisante ;
- Une prise en charge axée sur la prévention, l'intervention précoce et qui prenne en compte la souffrance de manière globale. Elle doit cibler l'inclusion sociale et le projet professionnel comme objectif principal ;
- Une organisation des soins qui corresponde à la temporalité des jeunes et permette une forte accessibilité en termes d'ouverture et de localisation des lieux ;
- Des soins reflétant l'épidémiologie de la maladie mentale des jeunes, prenant en compte les déterminants développementaux dans le contexte socio-culturel actuel.
- L'organisation des soins se doit d'éliminer les discontinuités des prises en charges et notamment en limitant celles liées à la dichotomie « adulte/enfant ». Ce qui implique un décloisonnement des institutions et un lien positif entre les services d'adultes et d'enfants.

Sur le plan pratique, cela implique :

- De mettre en place un accueil ouvert et généraliste (quel que soit le problème ou sa sévérité) avec une possibilité de venir sans rendez-vous et seul, sans qu'une orientation préalable soit nécessaire ;
- Que les soins soient gratuits et anonymes ;
- Une inscription forte dans la cité : ces dispositifs doivent être visibles, centraux et en lien avec les différentes structures médico-sociales et culturels d'aide et d'accompagnement des adolescents ;

- De créer des moyens de rencontre et d'interaction avec les adultes et professionnels informels et non médicalisés ;
- Que les soins soient investis voire pilotés par des jeunes ;
- Un décor attractif (ambiance de café, enseigne, espace ouvert et d'accès libre) ;
- Une prise en compte des parents et des pairs, une collaboration à tous les niveaux de la prise en charge et dans toutes les décisions (décisions partagées) ;
- Une prise en charge globale et pluridisciplinaire ainsi qu'un décloisonnement des structures et des services ;
- Un accès possible pour une tranche d'âge suffisamment large, indépendamment de la majorité civile ;
- Des activités culturelles, artistiques mais aussi la possibilité d'investir les lieux de manière libre et informelle, avec des espaces dédiés.
- Des professionnels de soins formés et expérimentés dans la prise en charge des adolescents, capables de répondre à leurs besoins relationnels spécifiques et connaissant la psychopathologie de cet âge de la vie.

Ce paradigme et ce mouvement international a favorisé le développement et l'élaboration de différents types de structures selon ces principes.

Ces derniers ont été mis en œuvre de manière différente selon le contexte local des soins et leur organisation (McGorry et al. 2013, McGorry et al. 2014).

Ce type de structure inspiré par, et répondant à, ces nouvelles exigences a montré son efficacité en termes d'attractivité et de recours, ainsi qu'un impact positif sur l'amélioration clinique et fonctionnel des adolescents et une satisfaction des jeunes vis-à-vis de ces nouveaux dispositifs (Hetrick et al. 2017).

3. Les Maisons des Adolescents

3.1 *Le cas Français...*

L'équivalent français de ce type de structure est incarné par le générique du dispositif des « Maison des adolescents » (MDA) (Benoit et al. 2018).

Bien que le développement des MDA s'intègre dans cette dynamique internationale, le dispositif français possède ses particularités structurelles. Pour mieux les comprendre et les caractériser, il importe de tracer l'origine des Maisons d'adolescents et la manière dont elles se sont intégrées dans le paysage social et historique français.

A. Mise en place du dispositif

La création de la première MDA date de 1999 au Havre. Elle résulte d'une initiative locale des équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie constatant la désaffection des adolescents pour les lieux de soins du secteur.

Toutefois, ce n'est qu'après les rapports de la défenseure des enfants puis de la conférence de la famille en 2004 qu'un programme national de soutien aux maisons des adolescents fut lancé sur la période de 2005-2010 (DGCS-DGOS 2011). Ce programme visait à promouvoir le développement des MDA et ainsi assurer un maillage suffisant de ces structures de soin et d'accompagnement des jeunes sur le territoire national.

Depuis la mise en place de la première MDA au Havre, de nombreuses structures se sont développées, issues d'initiatives diverses et à partir de la coordination d'acteurs locaux. Elles ont pris différentes formes selon leur promoteur, les implantations, les ressources et les besoins locaux (Belloncle et Fuseau 2011).

Plusieurs textes ont cherché à harmoniser les différentes pratiques et organisations : les préconisations de la défenseure des enfants (Versini 2007), la Conférence de la famille 2004 et le cahier des charges des Maisons des Adolescents élaboré par la délégation interministérielle à la famille en janvier 2005 puis actualisé en 2016⁶.

Ces travaux ont abouti à la rédaction de la Charte, votée le 13 mars 2009, de l'Association Nationale des Maisons des Adolescents⁷. Cette dernière fédère la majorité des MDA créés en France.

⁶ Circulaire ministérielle : Actualisation du cahier des charges des Maisons des Adolescents :

URL: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/11/cir_41542.pdf

⁷ *Charte de L'Association Nationale des Maisons Des Adolescents.*

URL: <http://www.anmda.fr/anmda/les-missions/charte/>

Elle a pour but de guider les activités et l'organisation des MDA, de diffuser des préconisations pour leur réussite et aussi de promouvoir les MDA auprès des institutions et des décideurs. Les préconisations de la Charte s'inspirent des principes de la déclaration internationale sur la santé mentale des jeunes et modèlent les missions allouées aux MDA ⁸.

B. Les missions

Celles-ci s'organisent autour de trois axes :

1) Les MDA se doivent de favoriser l'accès aux soins/aides et l'accompagnement des adolescents :

- Elles doivent organiser, en leur sein, un dispositif d'accueil généraliste, non stigmatisant, permettant une évaluation globale et pluridisciplinaire de la situation.

⁸ Cahier des charges des Maisons des Adolescents :

URL: [https://www.anmda.fr/fileadmin/ressources/sitepublic/ressources/Documents officiels des MDA/MDA cahier des charges 2010.pdf](https://www.anmda.fr/fileadmin/ressources/sitepublic/ressources/Documents/officiels%20des%20MDA/MDA%20cahier%20des%20charges%202010.pdf)

- Elles doivent proposer un accompagnement et une prise en charge de courte durée à la fois médical, psychologique, social, éducatif, voire juridique, aux adolescents, parents et professionnels.
- Elles peuvent proposer une prise en charge clinique en complément de ce qui existe et en lien avec toutes les structures départementales concernées.
- Si un suivi au long cours est impossible, la possibilité d’orienter rapidement et de manière adaptée doit être garantie.
- Sur le plan pratique, les MDA doivent assurer une accessibilité par : la proximité géographique de la structure avec des horaires flexibles, en cohérence avec la temporalité des adolescents (rapidité d’accès, ouvertures en soirée et le week-end par exemple, accueils sans rendez-vous...).

2) Les MDA sont des espaces d’interface entre les structures en charge des adolescents :

- Elles doivent s’appuyer sur un réseau de partenaires couvrant tous les champs d’intervention et assurer un maillage suffisant, dans un rôle de tête de réseau, afin de garantir une continuité et une coordination suffisante des soins, favorisant la cohérence du projet de soins.

- Afin de favoriser le partenariat et le décloisonnement des structures, elles ont la possibilité de mettre en commun des moyens matériels ou humain avec d'autres institutions (Éducation nationale, Conseil Général, PJJ...), éventuellement pas le biais de conventions.
- La fluidification des prises en charge et la coordination peut se matérialiser par de échanges réguliers entre les partenaires lors de réunions mais aussi à l'aide d'un comité de pilotage et d'un coordinateur.

3) Elles constituent un lieu ressources sur les questions de l'adolescence :

- Il est précisé que les professionnels, exerçant dans ces structures, sont formés aux mouvements psychiques des adolescents pour comprendre l'expression de leur souffrance et répondre et évaluer leurs besoins.
- Elles participent à la diffusion d'une culture de l'adolescence et contribuent à la recherche dans ce domaine, en ce sens elles peuvent organiser des formations, des colloques, des journées d'information...

C. La diversité : l'essence des MDA

La volonté de définir les MDA comme des dispositifs plutôt que des institutions tente de refléter la volonté d'une organisation pouvant muter et évoluer, à l'image des adolescents et des changements qui les caractérisent. Ainsi les services proposés peuvent s'adapter en fonction de la demande et du contexte, faisant des MDA un dispositif vivant et fertile (Fuseau et Moro 2011, Fuseau 2015).

En ce sens, le cahier des charges prévoit un cadre suffisamment large et souple afin de préserver l'originalité du dispositif.

Pour cela chaque MDA peut organiser ses services et son implantation en fonction des ressources locales, comme une aide complémentaire, sans se substituer aux institutions déjà existantes (DGCS-DGOS 2011, Granier 2013, Valls 2016).

Dès lors, la diversité des structures caractérise ce dispositif, qui se fait en fonction de celles et ceux qui les conçoivent, de leur histoire, autant que des soutiens financiers et institutionnels dont elles bénéficient (Huerre 2011). Aujourd'hui, il existe plus d'une centaine de structures sous le nom de MDA, mais il existe autant de MDA différentes que de territoires différents (Fuseau et Moro 2011).

Certaines ont une structure associative (Tarn et Garonne (Ferron 2011), Hauts-de-Seine...) ou hospitalière (Avicenne à Bobigny, la MDA du Havre (Fuseau 2015, Belloncle et Fuseau 2011) ...).

Certaines ont mis en place un dispositif de suivi et de soins plus abouti grâce à leur implantation hospitalière, avec une grande proximité entre l'accueil et les consultations, les groupes et ateliers thérapeutique (MDA du Havre (Fuseau) (Belloncle et Fuseau 2011, Fuseau et Moro 2011), Avicenne, Maison de Solenn (Benoist et al. 2011, Benoit et al. 2018) ...). D'autres sont des structures « hors murs » dont l'objectif est essentiellement de favoriser l'accès aux aides déjà existantes et leur lisibilité, avec l'objectif quasi exclusif d'entretenir la fonctionnalité du réseau, assumant alors un rôle fédérateur (Barraband 2015).

Autre exemple : la MDA d'Avicenne à Bobigny a développé une spécificité autour du traumatisme psychique et de l'ethnopsychiatrie (consultation transculturelle).

Elle est en effet située dans une banlieue multiculturelle, constituée d'une population meurtrie par la dureté et la violence des parcours de vie (Moro 2006). Du fait de son lien historique avec des artistes et la présence d'une psychomotricienne, cette MDA propose des médiations artistiques (slam, danse) et des médiations corporelles.

« L'escale Ado » de Sceaux possède une spécificité autour des études, de l'orientation et du projet professionnel parce que proche de la clinique de soins-études Dupré.

De même, en raison de ses liens historiques avec la psychanalyse, « L'escale Ado » a une volonté de travail institutionnel (Boë et al. 2012).

La MDA de Marseille a mise en place un Pôle « adolescent difficile ». Son activité s'est spécialisée autour des situations de violence et des risques de passage à l'acte hétéro-agressif. Il s'agit d'aider les acteurs locaux du milieu social et éducatif, souvent confrontés à leur impuissance à aider certains de ces jeunes (Bronsard 2010).

L'enquête réalisée par le DGCS et le DGOS montre que le dispositif « MDA » a une efficacité reconnue par tous et répond aux attentes des adolescents, des parents et des professionnels⁹. L'adaptabilité du cadre de fonctionnement a servi à leur développement. Malgré ces constatations, une nouvelle étape est nécessaire (Amara et Naves 2013) et il y a un besoin de soutien des MDA.

D. Contexte social et historique

Afin de mieux comprendre la spécificité des MDA par rapport à d'autres types de dispositifs existant dans le monde et en France et ce qui en est attendu, au-delà des missions définies

⁹ Maisons des Adolescents : Bilan du programme 2005-2010 par la Direction générale de la cohésion sociale et la Direction Générale de l'Offre de Soins.
URL: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_du_programme_2005_2010_des_maisons_des_adolescents.pdf

dans le cahier des charges et la charte de l'ANMDA, il est important de tracer leur origine dans l'actuel d'une société qui évolue et qui change.

La mise en place de ce dispositif suit et prolonge d'avantage le mouvement d'externalisation des soins, initié dans les années 80 et qui avait pour ambition de sortir le patient des murs de l'hôpital et de l'inscrire dans la Cité. De nouvelles modalités de soins et structures ont ainsi vu le jour (hôpitaux de jours, CMP) promouvant les soins ambulatoires.

Dans ce sens, les MDA constituent un deuxième niveau de décentralisation de la psychiatrie classique et institutionnalisée. D'une psychiatrie hors les murs et dans la Cité, nous observons maintenant la psychiatrie en lien avec tous les autres acteurs et institutions, cherchant à s'associer avec un réseau de partenaires (éducation nationale, conseil général, PJJ, ESJ, PEAJ...). Les MDA correspondent aussi au projet politique de décentralisation et de mise en ordre dans le fonctionnement des institutions en place (Granier 2013).

Mais fondamentalement cette évolution de l'organisation des soins apparaît comme la matérialisation d'une nouvelle conceptualisation de la maladie mentale. Initialement appréhendée selon un modèle déterministe, la maladie mentale, génétiquement déterminée, résonnait avec la notion d'immuabilité, de chronicité et d'incurabilité. Nous avons évolué vers un modèle de maladie plurifactoriel dit biopsychosocial en accordant aux facteurs environnementaux une importance capitale dans l'expression de la maladie.

Cette nouvelle compréhension implique la possibilité de changements, de modification des contraintes et de l'expression des maladies. On assiste parallèlement à une modification de la conception de la santé. Elle est considérée dans sa globalité et l'accent est désormais mis sur la qualité de vie et l'importance de l'épanouissement de l'être dans ses dimensions sociales, occupationnelles et affectives. L'objectif n'est plus de « guérir » un malade mais plutôt de prendre en compte et réduire sa souffrance dans toutes ses dimensions (sociale, physique, psychique) avec égale importance. La question devient celle du « bien être global ».

C'est en sens que la maladie mentale sera évaluée sous l'angle du handicap et du retentissement fonctionnel tout autant que de celui du symptôme. On assiste donc à un véritable virage théorico-clinique dans la manière de voir la maladie, et en particulier la maladie mentale. L'accent vis-à-vis des soins va progressivement être axée sur le rétablissement de la personne et sa « réhabilitation psycho-sociale ». La réduction des symptômes n'est plus jugée comme le critère principal d'efficacité des prises en charge et de bonne santé.

Cela influence la manière de considérer la personne malade. Elle a désormais de nouveaux droits (*loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*)¹⁰. Elle devient acteur de ses soins comme de sa vie, la prise en compte de sa subjectivité apparaît comme une condition essentielle de l'éthique des soins et de la déontologie mais aussi de la qualité des soins.

¹⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

Parallèlement, les politiques s'orientent vers une meilleure prise en compte du handicap et du droit des malades afin de modifier les facteurs sociaux et environnementaux susceptibles d'impacter le retentissement fonctionnel de la maladie (prestations de compensation de l'incapacité et de la perte de participation des personnes malades : MDPH, accessibilité pour tous les domaines de la vie sociale, aides financières...) (*loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »*)¹¹.

E. Une MDA pour quels adolescents ?

Les missions des Maisons des adolescents doivent aussi s'adapter à l'évolution des pathologies et à l'expression de la souffrance des adolescents. Comme vu plus haut, la manière dont on est adolescent est intimement dépendante du contexte socioculturel et environnemental qui encadre le passage à l'âge adulte et donne sens à la transformation pubertaire (Huerre 2011, Lida-Pulik et al. 2011).

Or, l'adolescent d'aujourd'hui évolue au sein d'une société où les injonctions narcissiques sont très importantes. Les modifications relatives aux changements des modèles familiaux laissent plus de liberté aux adolescents mais en même temps entraîne une perte de repères.

¹¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000809647>

Les considérations économiques ont pris le pas sur les autres aspects et valeurs fondatrices de la société. L'individu tend à être d'avantage considéré comme un consommateur potentiel, évalué dans sa capacité à favoriser la croissance du capital. L'illusion du comblement affectif par l'accumulation de biens matériels est mise en avant. L'illusion du tout avoir, tout posséder, avec les correspondances de toute puissance du moi à laquelle elle se réfère, met en avant le fonctionnement narcissique de l'individu qui n'aurait plus à dépendre de l'altérité et des autres pour trouver sa complétude.

Cette dynamique d'articulation exclusive de la personne aux objets matériels modifie radicalement les liens sociaux et la qualité des relations entre les personnes.

Nous assistons alors à un détissage des liens sociaux avec le risque d'un développement solipsiste du sujet. Afin de retrouver le sentiment d'appartenance et de reconnaissance qui fait défaut, l'individu tentera de se conformer et de correspondre au modèle unique d'épanouissement d'un soi façonné sur la logique marketing alors que, paradoxalement, cet individu évolue dans une société libérale aux possibles multiples.

Cette négation de l'altérité et cette fragilisation de la relation à l'autre appauvrit et raréfie l'intersubjectivité. L'identité doit se façonner pour soi et par soi. Cette dynamique impacte et limite l'accès à des expériences relationnelles étayantes et encadrantes ainsi que les possibilités identificatoires nécessaires à la construction identitaire de l'adolescent.

La conséquence est alors une recrudescence des pathologies du lien, des souffrances et des doutes identitaires.

L'exemple de l'augmentation des pathologies et des fonctionnements limites (avec entre autres des troubles du comportement et des recours au passage à l'acte au détriment de la pensée et de la gestion interne des conflits), le moi étant incapable de reposer sur des objets internes pour gérer ses mouvements pulsionnels, parce qu'il n'a pas eu accès à des objets externes étayants, illustre cet état de fait.

Dans ces conditions, l'adolescent se retrouve d'autant plus dépendant et insécurisé. Ceci aggrave le conflit narcissico-objectal. Le sujet est d'autant plus déchiré par ces exigences contradictoires qui aggravent ainsi sa souffrance psychique.

Les dispositifs de soins actuels, en particulier pour les adolescents, seront donc toujours sollicités pour compenser les fonctions psychiques d'un sujet au moi défaillant et faisant appel à l'autre et l'altérité pour contenir et élaborer ses angoisses.

Deux objectifs majeurs se dégagent de ces observations. Ils correspondent aux attentes implicites et inconscientes qu'elles suscitent :

Le rétablissement de l'intersubjectivité en mettant l'accent sur le lien et la relation.

Offrir un espace de cohésion et de confrontation positive et sécurisante entre les générations pour aider à faire la transition entre la maison et la Cité mais aussi assurer un intense travail en réseau pour assurer une continuité et retisser les liens sociaux.

3.2 Un dispositif qui se questionne

A. La question du secret

La prise en charge globale et pluridisciplinaire et l'accompagnement au sein d'un réseau décloisonné, définis dans le cahier des charges, impliquent un travail en réseau dépendant d'échanges permanents - donc un partage d'informations sur le patient. Les MDA sont prises dans une injonction paradoxale : assumer un projet commun, partagé et porté par les différentes institutions intervenantes tout en protégeant le secret médical, lui-même fondement de la confiance du patient et donc de l'éthique médicale et du soin.

Or, selon les structures juridiques qui les portent, les différents membres du réseau sont soumis à des codes distincts qui comportent des règles différentes sur le respect du secret médical. Une structure hospitalière est soumise à un secret médical général et absolu (Art. L.226-13 du Code pénal)¹² hormis certaines dérogations en cas de sévices ou privations sur mineur ou de crime en cours ou dont les effets sont réductibles (Art. 226-14 du Code pénal)¹³.

La seule possibilité d'échanges est très restreinte : elle se limite au secret partagé entre soignants participant à la prise en charge du patient et ce seulement avec le consentement de ce dernier (Belloncle et Fuseau 2011).

¹²<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417945&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20020101>

¹³

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20151107>

Les professionnels du champ socio-éducatif chargés de la protection de l'enfance, sont soumis aux règles du Code de l'Action Sociale et de la Famille. Celui-ci leur permet de partager des informations avec d'autres professionnels pour « l'accomplissement de leur mission d'action sociale ».

La modalité implicite d'un dispositif d'accueil et d'accompagnement d'adolescents se fonde sur l'écoute parce qu'il faut bien recueillir les éléments nécessaires à l'évaluation de la situation, mais aussi du fait de la croyance implicite que se livrer « délivre » et permet un apaisement de la souffrance.

Or, si la gestion du secret n'est pas clairement définie au sein de la MDA et entre professionnels, les MDA risquent d'incarner un outil du contrôle social, voire une nouvelle forme et tentative de maîtrise emprisonnant les jeunes (Lida-Pulik et al. 2011, Fleurian et Genvresse 2011).

De plus, l'écoute de l'autre pour être thérapeutique et utile, doit reposer sur une relation de confiance dans laquelle l'adolescent ne pourra entrer s'il perçoit que l'espace de recueil est poreux et ne peut pas protéger son « jardin secret ».

Il importe donc d'être vigilant par rapport au secret et de la manière dont il est respecté au sein de chaque maison des adolescents.

B. Les MDA : un fantasme de toute puissance ?

Comme déjà évoqué, l'adolescent fait peur car il peut remettre en question le consensus social et menacer la cohésion sociale par son idéalisme et ses débordements pulsionnels, débordements qui peuvent d'ailleurs aussi raviver ceux des adultes. Dans le contexte social actuel le risque pour les MDA serait de devenir des dispositifs visant à maîtriser et exclure plus qu'à intégrer ces adolescents (Huerre 2011).

En faisant des MDA une réponse à tous les maux des jeunes (les MDA, présentées comme des « lieux polyvalents permettant d'apporter une réponse globale aux adolescents, intégrant tous les aspects de leur vie ») (Benoist et al. 2011), il y a un risque que soient balayées les causes systémiques de cette souffrance. Seraient alors confondues les situations qui relèvent du soin et de prises en charges individuels et celles résultantes d'une incapacité de notre société de laisser la place aux générations suivantes.

Les MDA « *incarneraient une figure du déni* » (Huerre 2011). Dans ce contexte, les attentes projetées sur les MDA allant au-delà du cadre de leurs fonctions ne pourront être satisfaites. Ce serait confronter les « soignants » et professionnels à une responsabilité qui ne leur incombe pas et les plonger dans un sentiment d'impuissance ou pire, l'illusion d'une toute-puissance (Lida-Pulik et al. 2011).

Pour Huerre, dans ces circonstances il y a un risque que « les registres de la bienveillance, du contrôle et de la régulation sociale deviennent emmêlés et confus » (Huerre 2011).

Au contraire, les maisons d'adolescents doivent être un lieu de rencontre entre les professionnels et les adolescents et exclure toute peur intergénérationnelle. La volonté doit être de laisser une place aux adolescents, en répondant à leurs besoins relationnels spécifiques (Marcelli 2011). Cette relation dans laquelle les professionnels ne se placent pas dans une position d'expert, permet d'éviter la reproduction de modes relationnels qui emprisonnent l'adolescent et l'empêchent de s'épanouir selon ses aspirations (Lida-Pulik et al. 2011).

En ce sens les MDA doivent être vigilantes au fait de faciliter l'accès aux structures déjà existantes et sur leur lisibilité dans une fonction de coordination, plutôt que d'être une énième tentative de résolution institutionnelle d'une problématique globale et plurifactorielle (Huerre 2011).

Cependant, un tel travail en réseau est complexe parce qu'en tant que pratique nouvelle, elle bouscule les modèles de travail actuels, fondés sur les relations hiérarchiques et séparés des personnes et leur spécialisation (Granier 2013). Un tel travail en réseau est exigeant parce qu'il nécessite aussi un travail de chaque instant contre la tendance de chaque institution de se différencier et établir des murs entre elles.

3.3 L'accueil

A. L'accueil et le lien comme fonction symbolique des MDA

Quel que soit leur montage institutionnel ou financier et leur mode de fonctionnement, l'accueil est une dimension fondamentale et centrale des MDA. Il est leur fonction et mission générale. La notion d'accueil imprègne tout le dispositif, du choix de sa dénomination (le terme « Maison ») jusqu'à l'organisation interne des services et de leur articulation avec l'existant sur le territoire couvert par la MDA.

Dans l'article de Gilloots (2006), celui-ci revient sur l'exigence première des MDA à savoir la nécessité d'être ouvertes et accueillantes, car c'est l'attente qu'elles suscitent. Le choix même du terme « Maison » révèle cette importance attribuée à la notion d'un lieu qui se veut accueillant et ouvert : celui-ci participe en effet dans l'imaginaire, à la notion d'un accueil au sens large qui se veut « chaleureux et bienveillant ». Ce lieu implique des liens entre les différents espaces, une continuité et une cohérence d'un lieu ouvert, familial et où s'y créer des liens (Pierre Poitou 2012).

Ainsi le terme "Maison" prédispose au contact et à son anticipation positive et donc à un lieu permettant de construire des relations sécurisantes et positives ; la construction d'un lien significatif pour faire transition entre le domicile familiale et la Cité.

B. L'organisation de l'accueil

Cet accueil s'organise sous différentes modalités : individuel ou en groupe, avec une médiation (jeux, artistique...), formel ou informel, avec ou sans rendez-vous, réalisés seul ou en binôme d'accueillants. Quelles que soient ses modalités et la manière dont il s'organise, l'accueil se doit d'assurer certaines prérogatives définies par le cahier des charges :

- Il doit respecter l'universalité et être généraliste, c'est-à-dire être capable de recevoir toutes les situations, les évaluer de manière globale et proposer un projet individualisé.
- Être en mesure d'orienter vers les structures adaptées ou vers une prise en charge de courte durée au sein de la MDA.
- Garantir une forte disponibilité et accessibilité (en termes d'horaires d'ouverture pour correspondre à la temporalité des adolescents) avec une disponibilité et un accueil sans rendez-vous ou dans les 15 jours.

Cet accueil s'organise différemment en fonction du projet institutionnel de chaque MDA, de la profession des accueillants et de leur fonction.

La forme la plus classique que prend l'accueil correspond aux entretiens d'accueils, d'évaluation et d'orientation (*AEO*). C'est le lieu de la première prise en charge, d'évaluation et d'accompagnement, préalablement aux soins et à une prise en charge adaptée en lien avec les institutions et partenaires.

Il existe d'autres modalités d'accueil, dans des temps et des espaces différents. Cela augmente les probabilités de rencontre et de création de liens. Il y a ainsi une transversalité et une confrontation des espaces, favorable au travail d'élaboration et de restitution. Différents profils psychopathologiques ont plus de chance de trouver les espaces et les modalités de rencontre leur correspondant (Benoit et al. 2011, Benoit et al. 2018, Gallais et Bapt-Cazalets 2011).

Il y a des accueils informels et en groupes, qui constituent des espaces chaleureux et attractifs qui modifient les rapports, favorisent la confiance et « l'être ensemble », rompant l'asymétrie classique de la relation adulte/ado qui inhibe. Avec ces accueils en groupe, la présence des pairs permet de créer des identifications et des filiations qui ne sont pas dans un rapport de dépendance comme dans les relations parentales et facilitent le passage vers l'autonomie (Gilloots 2006, Pripis et al. 2011).

Ils peuvent s'organiser autour d'une activité (jeux, artistique, théâtre, culture) qui fait médiation et rend la relation, la rencontre et le lien à l'autre plus accessible et moins angoissant.

Ces modes d'accueils plus informels et en groupes permettent de donner une place à ceux dont la problématique, associée au lien à l'autre, empêche leur inscription dans des parcours de soins traditionnels, pendant le temps nécessaire avant qu'un projet se dessine (Benoit et al. 2011).

C. Les AEO

Du fait d'être un accueil généraliste, les motifs d'accueil sont multiples. Dans certaines structures, jusqu'à un tiers des parents consultent sans leurs enfants et aussi, parfois, des professionnels en charge d'ados. On comprend alors l'importance de construire une alliance avec ces adultes pour épargner à l'ado tout risque de conflit de loyauté et le décharger de toutes les responsabilités en lien avec la problématique pour laquelle les MDA sont sollicités qui ont fréquemment, si ce n'est quasi systématiquement, des ramifications familiales (Poitou 2012).

Le projet est individualisé en fonction de la forme que prennent la demande et les besoins (social, éducatif, scolaire, psychothérapeutique, psychiatrique, somatique voire juridique). La construction du projet de soin nécessite parfois plusieurs entretiens afin de préciser tel ou tel besoin et permettre un accompagnement le temps qu'une demande émerge. Ces entretiens permettent une évaluation globale de tous les domaines de la vie réalisée dans la pluridisciplinarité.

Pour garantir celle-ci :

- Il est fréquent que ces entretiens soient réalisés par un binôme d'accueillants (Paris 2012). Cette configuration est novatrice et efficiente grâce à la complémentarité : l'un des accueillants est un soignant, l'autre travail sur le social. Aussi une configuration en binôme fait qu'il y a plus de support d'identification et diffracte les transferts.

Ceci est moins menaçant et angoissant pour l'adolescent que dans une relation duelle. Cela lui donne l'occasion de s'identifier avec celui qui se tait, dans une position en miroir de l'adolescent qui ne peut encore dire sa souffrance. Il permet aussi de mieux soutenir les parents et de les prendre en compte (Paris 2012).

- Il y a aussi la présence d'une équipe d'accueil avec des professionnels de tous les champs : infirmiers, assistants sociaux, enseignants, éducateurs, internes ou médecins. A noter toutefois que parfois, exclure la présence d'un médecin durant les entretiens d'accueil permet d'extraire la dimension du médical. Il s'agit de ne pas stigmatiser d'avantage et éviter de faire fuir les adolescents (Poitou 2012).

Le binôme et cette pluridisciplinarité à l'accueil permettent une pluralité des regards et une restitution mutuelle. Cela favorise le discernement et empêche une réponse faite dans l'urgence, où chacun, installé dans son expertise, chercherait une réponse immédiate, en miroir des passages à l'acte des adolescents.

Depuis l'accueil, les professionnels « accueillants » peuvent orienter pour un avis plus spécifique (assistante sociale, médecin) ce qui permet aussi de mieux préciser le besoin et

d'adapter la réponse. Souvent une personne est élue « personne référente ». Pour certains, ces entretiens seront suffisants, pour d'autres, le recours à des prises en charge complémentaires, au sein de la MDA ou en dehors, sera nécessaire (Benoit et al. 2011)

D. L'AEO : l'enjeu de la rencontre avec les adolescents - un espace d'initiation des soins

Nous avons vu le rôle implicite, attendu de l'accueil, à savoir : le rétablissement de l'intersubjectivité en mettant l'accent sur le lien et la relation. Offrir un espace de cohésion et de confrontation en sécurité entre les générations pour aider à faire transition entre la maison et la Cité mais aussi un intense travail en réseau pour assurer une continuité et retisser les liens sociaux.

Nous avons vu la nécessité pour les professionnels des MDA, et en particulier lors des entretiens d'accueil et d'orientation - véritable lieu d'initiation de prise en charge - de pouvoir répondre aux besoins relationnels spécifiques des adolescents. Cela est d'autant plus important que la qualité de cette relation est menacée par les fantasmes inconscients associés aux MDA, concernant les risques de reproduction d'un sentiment d'exclusion et d'emprise.

La réalité de la pratique de réseau met en jeu des exigences contradictoires qui risquent de menacer la confiance de l'adolescent, d'autant plus que c'est une pratique nouvelle qui

déstabilise les habitudes et va à l'encontre de la tendance naturelle de la spécialisation et du cloisonnement des structures qui a cours à notre époque. Par ailleurs, si le cahier des charges décrit les missions, le montage institutionnel et financier nécessaires pour la mise en place d'une MDA, il ne propose pas d'indications sur le contenu même de ces maisons ni des principes théoriques devant soutenir leur travail.

Pourtant ces indications et principes permettraient notamment d'éclairer les professionnels sur la manière d'assurer une relation aux adolescents qui ait du sens et soit aidante et alors que l'enjeu fondamental est bien d'accompagner ces jeunes.

En particulier, pour que ces accueils aient un sens, il faut qu'il en résulte l'établissement d'une relation de confiance qui permette un accompagnement dans les soins et une collaboration avec l'adolescent. Cette double dimension de respect de la liberté et des initiatives de l'individu, couplée à la construction d'une relation de confiance capable d'accompagner la personne et d'élaborer un projet de soin ultérieurement investi fait référence à la notion d'alliance thérapeutique.

Cette alliance thérapeutique est essentielle à la poursuite et la réussite d'une prise en charge soignante (Bioy et Bachelart 2010, Byrd et al. 2010). Cette alliance avec les adolescents est d'autant plus cruciale que la demande est bien souvent mal formulée, la prise de contact avec les institutions de soins provenant régulièrement d'un tiers (Chagnon et Houssier 2012, Fegelson 1974, Gilloots 2006, Paris 2012).

A l'adolescence, la demande de soin est rarement explicite. Certains auteurs vont jusqu'à dire que plus l'adolescent va mal et moins il peut demander de l'aide ou formuler une demande de soin (Jeammet 1980, Marcelli 2011). La seule quête d'autonomie des adolescents peut expliquer leur réticence à demander une aide extérieure (Gulliver et al. 2010), du fait que demander de l'aide suppose tolérer une certaine forme de dépendance, qui menace cette autonomie recherchée. De fait, l'adolescent aura tendance à nier cet état de dépendance et de passivité à l'égard des adultes.

De plus, la maturation sexuelle des adolescents rend conflictuelles la proximité et la dépendance aux parents car elles ravivent les conflits œdipiens et poussent les adolescents à une prise de distance. Tout ceci accentue en même temps le besoin d'étayage et de soutien auprès d'autres adultes.

Plus la dépendance est forte et plus l'adolescent se trouve dans un état d'attente et de passivité. Ces deux états correspondent à un pouvoir que l'autre a sur lui. Le désir pour l'autre est alors une menace pour son identité et sa différence. Ceci ravive les angoisses d'intrusion et d'abandon (Jeammet 2007). Ainsi, la construction de l'alliance avec les adolescents est une étape délicate car la seule demande d'aide constitue une menace narcissique pour l'adolescent.

Ainsi, il apparaît que chez les enfants et adolescents, l'alliance thérapeutique dépend de la qualité du lien relationnel avec le soignant bien davantage que de la collaboration concernant la technique ou l'objectif du soin (Norcross et Wampold 2010) et exige donc que le soignant, comme vu ci-dessus, soit capable de répondre aux besoins relationnels spécifiques de cette tranche d'âge.

La nature de ce qui est véhiculé dans la vie relationnelle et affective, entre l'adolescent et l'accueillant et au vu de ce qui a été évoqué ci-dessus, peut faire blocage à l'ouverture, la confiance et la collaboration mutuelle (Crommelinck-de-Henau 2007). Ces éléments peuvent influencer le confort du soignant, son jugement clinique et les prises de décision concernant les soins et la prise en charge (Betan 2005, Meier et al. 2001, Rentmeester et George 2009).

Il apparaît donc que la capacité du soignant de porter une attention et de s'ajuster aux mouvements émotionnels qui émergent au sein de la relation est essentielle. Elle peut conditionner la construction du lien, de l'alliance et l'amélioration clinique du patient tout comme l'investissement d'un projet de soin comme il est proposé au sein des MDA (Gelso 2002, Hayes 1991, Hayes et al. 2001, Paris 2012, Rasic 2010, Winnicott 1949).

Cet ajustement peut être ardu et peut varier en fonction des situations rencontrées, la relation d'aide étant déterminée par les représentations de la relation aux autres qui dépendent des expériences et de l'histoire du soignant (Guedeney 2015, Guedeney 2016, Mallinckrodt 2000, Tyrell et al. 1999).

Ces éléments influencent l'état d'esprit et la disposition affective du soignant vis à vis du patient. Ils conditionneront sa capacité à exprimer des caractéristiques relationnelles nécessaires à la construction de l'alliance thérapeutique (Ackerman et Hilsenroth 2003, Guedeney 2015, Guedeney 2016, Hennion-Diop 2009, Mallinckrodt 2000, Sandler 1976).

Chaque situation relationnelle est singulière par leur nature subjective et intersubjective intrinsèque (Denis 2006, Gallese et al. 2007). Il est donc difficile d'appréhender les dynamiques psychiques mobilisées par les soignants en réponse aux exigences de la relation thérapeutique sans interroger l'expérience intime de chacun (Rasic 2010).

Les AEOs constituent un temps crucial permettant d'initier une prise en charge où la question de l'alliance est centrale. Du fait de la diversité de l'organisation des MDA, de la grande variété des situations, des pratiques et des professionnels intervenants, l'évaluation quantitative de la question est difficile et à notre connaissance, il n'existe pas d'études ayant exploré l'accueil des adolescents dans ce contexte spécifique et ce de manière systématique.

Dans ce cadre, recueillir auprès des soignants leur expérience concernant leur théorie de la pratique et leur vécu subjectif nous apparaît capital en ce que cela offre un nouvel éclairage sur les enjeux de l'accueil dans les Maisons des Adolescents.

4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude qualitative a pour objet l'exploration de l'expérience des soignants qui réalisent les entretiens d'accueil des adolescents au sein de Maisons d'Adolescents. A travers le récit de leur expérience subjective, nous pourrions obtenir des informations concernant l'accueil, son objectif, son cadre et sa fonction.

Nous souhaitons explorer les dynamiques affectives et relationnelles qui se déploient lors d'un entretien d'accueil chez les soignants afin de déterminer les processus en jeu dans la construction de l'alliance thérapeutique et l'initiation d'un projet de soins. Ceci permettrait de mieux identifier les outils relationnels et les compétences nécessaires à la formation du lien avec les adolescents et donc leur ancrage dans une prise en charge soignante.

2^{ème} Partie

METHODE

1. Organisation de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle, polycentrique, constituée d'une population de professionnels travaillant au sein de Maisons des Adolescents. Notre démarche est qualitative, phénoménologique et inductive. La méthode qualitative est particulièrement adaptée à la complexité de l'objet de l'étude. Elle permet de décrire, approfondir et ainsi mieux comprendre les enjeux autour des entretiens d'accueils.

2. Population

Nous avons inclus des professionnels soignants, travaillant dans le cadre de l'accueil ou ayant l'opportunité de rencontrer des adolescents en vue d'une évaluation initiale pour l'orientation et l'organisation de leur prise en charge. Cette population comprend des professionnels de différentes disciplines : éducateurs, internes, psychiatres, psychologues, étudiants psychologues, infirmiers.

Afin de garantir une représentativité suffisante des perspectives, nous avons prévu un recrutement d'au moins un professionnel par discipline. L'organisation de l'accueil et des soins, ainsi que la population de patients rencontrés pouvant varier d'un l'établissement à un autre, nous avons réalisé un recrutement auprès de plusieurs Maisons des Adolescents :

- Maison des Adolescents de Saint-Denis (**CASADO**), Service du docteur Benoit, 2bis rue Gibault, 93200, Saint-Denis.
- Maison de Solenn, Service du Professeur Moro, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris.
- Maison des Adolescents d'Avicenne (**CASITA**), Service du Pr. Baubet, Hôpital Avicenne, AP-HP, Bobigny

Le cadre théorique est qualitatif et aucune comparaison statistique n'est attendue. Le nombre de participants ne pouvant être déterminé à l'avance, il a été arrêté après obtention de la saturation de l'échantillon (Smith 2008).

Toutefois, il est possible d'évaluer le nombre minimum d'inclusions nécessaires en vue d'obtenir un échantillon suffisamment représentatif. Nous envisagions que la saturation des données pouvait être atteinte au bout d'une dizaine d'inclusions. De ce fait, nous avons inclus entre 1 à 2 professionnels par discipline. Le recrutement des accueillants s'est effectué sur une période de 8 à 10 mois, de janvier et octobre 2018. En tout, 10 accueillants ont été recrutés, à environ un mois d'intervalle afin de permettre un temps suffisant d'analyse des données avant le recrutement suivant (**Cf. tableau**). Cela a permis de faire évoluer et d'adapter le guide d'entretien tout au long de l'étude.

Ordre et lieu du recrutement	Age (années)	Sexe	Profession	Expérience a l'accueil	Expérience avec les adolescents
1 (CASADO)	50	M	Éducateur	4 ans	6 ans
2 (CASADO)	28	M	Étudiant psychologue	6 mois	1 a 2 ans
3 (CASADO)	33	F	Éducatrice	4 ans	4 ans
5 (Maison de Solenn)	27	F	Interne de psychiatrie	6 mois	1 an
4 (CASADO)	44	F	Psychologue	1 an et demi	16 ans
7 (Maison de Solenn)	49	F	Infirmière	13/14 ans	13 a 14 ans
5 (CASADO)	60	F	Psychologue	4 ans	4 ans
8 (CASITA)	46	F	Assistante socio-éducative	10 ans	10 ans
9 (CASITA)	36	F	Psychomotricienne	6 ans	6 ans
10 (CASITA)	59	M	Infirmier	4 ans	28

3. Recueil des données

Une réunion a été organisée auprès de chaque équipe en vue de présenter l'objectif de la recherche, les modalités de recueil des données et d'analyse, l'anonymat et les perspectives. Les professionnels ont par la suite eu l'occasion de faire connaître leur volonté de participation auprès du chercheur ou bien ont été sollicités individuellement par ce dernier afin de leur proposer de participer à la recherche. Une date pour la réalisation des entretiens a ensuite été décidée avec chaque participant.

Le chercheur a porté une attention particulière pour répondre aux questions et s'assurer de la bonne compréhension des participants. Une information écrite du projet a été délivrée aux soignants (**Annexe 2**).

La participation à l'entretien valait consentement à la recherche. Les entretiens étaient semi-structurés et d'une durée d'environ 1 heure, réalisés par le même chercheur. Les premiers temps de l'entretien consistaient en un recueil de données démographiques et du contexte socio-professionnel du participant. Puis, une conversation très ouverte était engagée et principalement orientée au gré des thématiques abordées spontanément par le participant, selon ses intérêts et préoccupations. Le participant était considéré comme expert de la question, et l'entretien visait à explorer son monde interne et ses représentations. Un guide d'entretien a été élaboré par le chercheur, un médecin psychiatre spécialiste dans la prise en charge des adolescents ainsi qu'un médecin psychiatre travaillant au sein de la maison de Solenn et possédant une expertise au sujet des études qualitatives (**Annexe 3**).

Le guide d'entretien a été réactualisé, en fonction des thématiques abordées, au cours des entretiens successifs afin de préciser ou d'explorer d'autres aspects de la question étudiée. Les entretiens se sont déroulés dans un bureau au calme, au sein de chaque service. Les entretiens enregistrés audio numériquement ont été retranscrits littéralement et intégralement, y compris les questions. Ils ont été stockés et enregistrés dans un dossier numérique de manière anonyme, avec une lettre et un chiffre par ordre de réalisation des entretiens.

Les fichiers anonymes ont été conservés sur un ordinateur professionnel sécurisé dans un bureau fermé à clef. Les enregistrements ne sont pas conservés au-delà de l'étude. Le guide d'entretien, flexible et évolutif, est attaché en **Annexe 3**.

4. Analyse

Les transcrits ont été analysés par l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Biggerstaff et Thompson 2008, Smith 2008). Cette méthode permet d'étudier le sens que le sujet construit à partir de son expérience vécue qu'il transmet par le langage. Ce dernier est considéré comme donnant accès aux représentations internes organisant le rapport qu'entretient le sujet avec le monde et lui donnant sens. Cette méthode d'analyse est particulièrement adaptée pour l'exploration et l'interprétation des données issues de l'expérience subjective et intime des personnes et leur dynamique psychique propre (Pope et Mays 1996, Reid et al. 2005).

C'est une méthode reconnue et appliquée à la recherche en psychologie et en psychiatrie. Elle a fait ses preuves dans son aptitude à capturer l'expérience des professionnelles de santé mentale dans diverses situations et contextes relationnelles et de soins (Jillian 2015, Jones 2014, Pugh et Vetere 2009, Smith 2014, Rizq et Target 2000).

L'IPA est une méthode inductive qui permet d'élaborer des hypothèses à partir des thématiques qui émergent à travers le transcrit et permet de décrire à un niveau conceptuel et synthétique les données issues du discours.

Durant toute l'analyse, un travail de réflexivité est achevé par le chercheur en vue d'évaluer et de rapporter sa participation subjective dans l'analyse de texte (Malterud 2001, Mays et Pope 2000). Les éléments principaux de la réflexivité de l'investigateur principal sont retranscrits dans l'**Annexe 1**.

L'analyse par IPA procède par plusieurs étapes (Pope et al. 2000). Tout d'abord, le transcrit est relu plusieurs fois afin de prendre bien connaissance de son contenu. Durant cette première phase, des annotations peuvent être adjointes au texte, en tant que premier niveau d'analyse, dans un but essentiellement descriptif, afin de préciser le sens de certains mots, annoter des remarques et mettre en avant des premières interprétations. La deuxième phase consiste à élaborer des thématiques synthétisant à un niveau conceptuel plus élevé les interprétations qui émergent. Des «verbatim», reprenant des parties du texte, servent à illustrer les thèmes construits. L'analyse se fait au fur et à mesure. L'entretien suivant n'est réalisé et analysé qu'après avoir analysé entièrement l'entretien précédent.

A travers les transcrits, les thèmes sont ensuite regroupés en Meta-thème en vue de construire une plus grande cohérence et des liens entre les différents transcrits. Ceci permet d'élaborer progressivement des hypothèses théoriques représentant le phénomène étudié. Des allers et retours constants sont réalisés entre les transcrits et les thèmes dans une circularité permettant de revoir et de préciser l'analyse au fur et à mesure de l'étude.

5. Résultats et perspectives

A l'adolescence, l'adhésion au soin est un véritable enjeu. Dès lors, l'accueil est une étape essentielle dans la construction de l'alliance thérapeutique. Une forte proportion d'adolescents ayant consulté un soignant, ne se présentent pas au deuxième rendez-vous. Cette étude va permettre de mieux comprendre les enjeux relationnels de cet accueil. Quels outils le soignant met-il en œuvre pour construire une relation de soins durable avec un adolescent ? A quelles difficultés est-il confronté ?

6. Éthique

Il s'agit d'une étude observationnelle, non interventionnelle. Les entretiens enregistrés audio-numériquement sont anonymes. Ils n'ont pas été gardés au-delà de l'étude et ont été détruits. Les données écrites (transcriptions des entretiens) conservées sont anonymes. Les données socio-professionnelles ont été recueillies pour décrire le contexte en vue de faciliter l'évaluation de l'applicabilité ultérieure des résultats et leur généralisation à d'autres contextes concernés par l'exercice de l'accueil d'adolescents. Ces informations ne sont pas utilisées à des fins de randomisation.

Toute donnée qui permettrait d'identifier un sujet a été écartée. Aucune hiérarchie, ni jugement de valeur, ne sont établis à partir de ces données. Les écrits n'ont pas vocation à être publiés in extenso. L'équipe veillera à ce que chaque verbatim, cité dans les publications, ne permette pas d'identifier un participant. Une information claire, complète, orale et écrite est adressée aux professionnels. De même, une période de réflexion est accordée aux professionnels après information que la participation à l'entretien équivaut au consentement à la recherche. Le réalisateur de l'étude est formé aux méthodes d'entretien. Des supervisions sont également organisées. Le projet a été approuvé par le Comité d'Évaluation de l'Éthique des projets de Recherche Biomédicale (CEERB) Paris Nord.

3^{ème} partie

RÉSULTATS

1. L'accueil : une zone de transition

1.1 Un terrain fertile pour construire

La majorité des participants considère que l'accueil dispose d'un cadre très propice à l'initiation des soins, en particulier au regard des caractéristiques des adolescents. Ils mettent en avant la manière dont le travail d'accueil permet de tisser une continuité et un noyau soutenant, stable autour d'eux. Ce travail compense la discontinuité propre à leur temporalité et constitue une base pour construire.

Pour les accueillants, l'accueil est un lieu transitoire, un espace de « transit » et il est important de le préciser aux accueillis pour éviter une certaine confusion sur la place de ce dispositif.

En même temps plusieurs d'entre eux témoignent de la manière discontinue dont les jeunes sollicitent ce dispositif après un premier entretien et ce, parfois, sur un intervalle relativement long. Ils relatent les nombreux « allers retours », les pertes de vue et les reprises de contact.

« Après l'avoir vu 2-3 fois, et là c'est important d'être clair dès le départ avec le jeune, il faut qu'on puisse l'adresser »

« J'ai un jeune en tête par exemple [...] on a pris des mois avec lui, il y a eu aussi des absences de sa part ; donc ça prenait des mois aussi de ce côté-là »

« Il y a de multiples retours [...] des fois, il y a des jeunes qui reviennent deux ans après ».

L'accueil apparaît alors comme un espace « au cas où », restant disponible dans la durée et ce pour une même personne. En ce sens, l'accueil constitue un lieu d'ancrage qui entretient une opportunité de recours. Il maintient ainsi de nouvelles possibilités de rencontre tout au long du parcours du jeune et de sa maturation. L'expérience du premier entretien agit comme une « graine plantée », un investissement à long terme, une manière de créer une continuité quel que soit le parcours des ados.

« C'est jamais inutile, même un premier rendez-vous [...] "c'est le lieu où il se passe ça, on te dit ce qu'il s'y passe, repasses quand tu seras prêt mais t'inquiètes pas on t'a toujours à l'esprit »

C'est comme si le travail à l'accueil était une réponse thérapeutique à une continuité mise à mal par le processus adolescent. Cette disponibilité, conjuguée à une réactivité importante, génère une stabilité, un cadre adapté aux aspects fragiles, fugaces et paradoxaux de l'adolescence. Elle respecte leur temporalité et favorisant ainsi la construction, l'ancrage etc...

« A l'accueil c'était possible de le recevoir comme ça de temps en temps. C'était comme un fil où il revenait pas pendant plusieurs mois [...] à l'accueil ça s'est possible ce côté un peu chaotique mais ça s'est aussi propre à l'adolescence [...] comme un espèce de filet de sécurité [...] »

« S'il revient [le jeune] il aura son rendez-vous rapidement et par rapport à l'adolescence c'est adapté parce qu'il y a le côté paradoxal de la demande : "non non je peux rien demander mais si si si il faut me voir tout de suite [...] faut battre le fer quand il est chaud »

A la manière d'un « hub » et favorisant cette continuité, l'accueil s'organise comme un carrefour en lien avec tous les acteurs et les compétences, que ce soit au sein de l'institution ou en intégrant les personnes « ressources » autour de l'adolescent, comme la famille.

« Il est fort probable, après ... ça ... c'est le travail de réseau, que d'une manière ou d'une autre, il revienne, et après on fait le point "bon, qu'est ce qui s'est passé depuis" »

« Passer par l'accueil ça le faire circuler [le jeune] dans toute l'institution, donc il va y avoir les autres professionnels [...] Ils vont en dire quelque chose de ça, ils vont nous le transmettre...ça va nous aider aussi à construire avec le jeune »

« Le soin ici il se fait pas sans les parents, un ado tout seul ça n'existe pas, y a toujours des parents, on travaille avec les parents »

Ils considèrent l'accueil comme un lieu de support aux familles à travers un travail d'accompagnement et de guidance parentale. Une manière de prolonger les soins en dehors de la MDA où chaque adulte responsable devient un ambassadeur du soin vers l'extérieur et fait continuité.

« L'engagement dans la relation avec les parents c'est toujours bien, c'est un accompagnement, c'est pouvoir leur dire que ce qu'ils font c'est bien [...] essayer de porter vraiment les choses avec eux »

Par ailleurs, certains accueillants perçoivent la relation de confiance établie avec les accueillis comme une expérience relationnelle fondatrice et générique qui pourra se transmettre au-delà et au travers d'autres espaces de soins qui seront ainsi plus facilement investis par les jeunes.

« En fait c'est l'alliance au-delà de nous qui va se prolonger [...] ce lien qui peut se créer [à l'accueil], se répandre, se retrouver ailleurs et qui permettait justement d'investir d'autres lieux ou d'autres personnes ».

Au final, l'accueil, parce qu'il favorise la continuité, constitue un terrain propice où prendre racine, le temps qu'une prise en charge adaptée se dessine. Les accueillants perçoivent l'entretien d'accueil comme une porte d'entrée dans les soins et le lieu de leur initiation.

« C'était très décousu, il venait au compte-goutte [...] Il y a eu aussi un signalement...on a soutenu le fait qu'il puisse aller en famille d'accueil [...] Il a pu dire assez vite qu'il voulait participer à un atelier de théâtre, ça a émergé comme ça. Par ailleurs on a fait une demande de thérapie pour lui ».

« La demande, elle, est essentiellement tournée autour du soin. On est toujours dans le soin. Et étonnement, des fois, on se demande pourquoi il y'en a pas eu avant, ça ça arrive assez souvent, comment ça se fait qu'ils sont pas pris en charge ? ».

1.2 La demande : un sujet qui se travaille

Les accueillants font état de l'inertie des jeunes qu'ils reçoivent. Bien souvent l'accueil est un lieu de recours pour des adultes en panne de solution plus que pour des jeunes en demande de soin. Ces derniers sont peu conscients de la problématique pour laquelle ils ont été amenés. Les accueillants font part de l'immaturité du processus d'investissement des soins chez des adolescents, non encore autonomes et dépendants.

Ainsi, L'absence de demande explicite ou d'implication de la part du jeune est une constante avec laquelle « il faut faire ».

«Qu'il va revenir ou qu'il a envie de revenir parce que c'est différent. Y a pas mal de jeunes [...] Ils sont assez « drivés » par les parents...Les parents vont être très en demande, les jeunes beaucoup moins».

Ainsi pour certains accueillants, l'accueil pourrait être une étape parfois trop précoce dans le parcours du jeune, une étape exigeant une certaine maturité. Il faudrait alors des alternatives plus informelles, plus libres et moins imprégnées par la dimension du soin.

«Y a certains jeunes, c'est sûr, ils ont beaucoup de mal à venir ou revenir en entretien d'accueil alors qu'ils viennent spontanément comme ça en accueil libre [...] l'accueil ne peut pas se résumer aux entretiens qui sont déjà très formalisés».

«Des fois, Il y a des jeunes avec qui ça marche pas...Ils accrochent pas. Y en a qui accrochent pas mal dans les maisons de quartier, où il y a les copains, les pairs [...] C'est trop tôt [l'accueil], c'est déjà une étape beaucoup trop avancée le fait de se subjectiver».

Il apparaît que pour les accueillants, la demande et l'implication dans les soins peut prendre différentes formes et aspects au-delà de l'explicite qu'il faut savoir relativiser pour favoriser l'investissement de l'espace d'accueil du jeune, à son rythme et selon ses possibilités et compétences.

Ainsi il est important de pouvoir se décentrer de la demande et des attentes des adultes sollicitant l'accueil pour les jeunes au risque d'avorter prématurément l'ancrage de ces derniers.

«C'est hyper varié...ça peut être plein de façons différentes de vouloir revenir. La demande elle peut prendre des chemins très variés dans leur aspect et dans leur fonction».

«[ce jeune], le fait de venir...y a une demande certes, il veut pas partir, mais quelle forme elle prend, comment elle s'adresse, à qui, etc., etc. C'est pas genre, il revient parce qu'il sait que ça va aller mieux».

«On a eu un jeune en obligation de soins [qui] avait absolument pas envie de parler [...] pas envie de revenir et au final bah on lui a pas repropoé de rendez-vous...moi j'étais pas très satisfait parce que j'avais l'impression qu'on était resté dans une position un peu classique de genre "bah si y'a pas de demande comme ça, manifeste au premier entretien et bah au revoir"».

D'ailleurs, beaucoup d'accueillants estiment que l'un des objectifs de l'accueil est la construction et l'élaboration d'une demande, d'une envie de soins.

Un accueillant parle alors de l'accueil comme un «espace transitionnel» ... le temps qu'il faut pour obtenir une demande de soins plus explicite.

«C'est comme un espace, un sas un peu intermédiaire, comme une aire transitionnelle, où le jeune, qui n'a pas forcément très envie de venir au départ [...] on l'envoie [ici] et donc c'est un espace qui permet de préciser [...] une éventuelle demande de psychothérapie».

Cette construction, pas à pas et sur mesure, doit partir du désir et des ressources du jeune. Elle nécessite un accompagnement, un cheminement. D'ailleurs les accueillants évoquent l'importance d'accueillir les motifs, la souffrance et la détresse quels qu'ils soient. Ils perçoivent la simple venue de l'adolescent comme une demande implicite à partir de laquelle il est possible de construire.

«Ma perception perso de l'accueil, c'est de l'aider dans ce cheminement d'aide qu'il peut demander ici [...] ce cheminement, ensembles, pour aborder la difficulté, la cerner, faire ensembles que le jeune ait aussi envie de travailler pour lui».

« Les jeunes viennent avec quelque chose qui va pas...dans la maison [...] ou au collège [...] un symptôme [...] Ils l'ont déjà l'envie puisqu'ils sont là, je pars de là. J'explique [...] "on va se voir, on va essayer de trouver ensemble comment on peut t'aider". S'il me dit oui, c'est déjà là, il y a déjà une demande, il y a déjà un désir de quelque chose».

1.3 L'entretien d'accueil et ses missions : un objet incertain et mal défini

Plusieurs accueillants expriment leurs difficultés à appréhender de manière claire et bien définie les missions de l'accueil. Ainsi pour certains, l'accueil apparaît comme un dispositif non suffisamment abouti et encore en gestation.

«(Quel est l'objectif de l'accueil ?) Pour moi après 1 an et demi c'est toujours pas très clair comme question, j'ai aussi pas mal de critiques...Je peux peut-être plus dire à quoi ça devrait servir, comme un idéal».

Ce «flou» quant aux missions et aux modalités de travail, associé à un cadre large, génère une hétérogénéité des pratiques. Celle-ci concerne en particulier l'investissement de la relation et de la subjectivité des accueillis par les accueillants qui est fonction de la vision que chacun accorde à l'accueil.

“Je suis pas contre l'accueil, mais c'est vrai que pour moi c'est pas un truc très clair et je pense que c'est porté de façon très différente par les soignants... j'ai l'impression qu'officiellement c'est bien défini sauf qu'en fait, chacun s'en empare comme il le souhaite...chacun a son style...y en a avec qui ça ressemble totalement à des entretiens thérapeutiques et d'autres avec qui c'est plus en surface”.

Il apparaît que cette hétérogénéité reflète une confusion entre la place de l'accueil et la consultation. Cela amène certains à remettre en question la pertinence et la légitimité de l'accueil. Certains mènent alors les entretiens comme des consultations psychothérapeutiques ou, au contraire, tendent à négliger la subjectivité du patient du fait de la temporalité limitée définie par le cadre de l'accueil.

«On peut aussi se poser la question de la pertinence même d'un accueil parfois d'une étape avant la consultation [...] Je me demande à quoi ça ressemblerait s'il n'y avait pas d'accueil et si directement, il était vu par une seule personne».

«Y a des psys qui considèrent [l'accueil] pas comme un truc hyper pertinent et qui mènent les entretiens dès le début. Après s'il doit y avoir un relais c'est compliqué... si t'as déjà commencé un truc un peu psychothérapeutique et qu'après il faut le passer à quelqu'un d'autre, le but étant que le psychologue de l'accueil ce soit lui le consultant».

«J'avoue, j'investis plus les patients que je reçois en psychothérapie...je les ai plus en tête. A l'accueil, on voit défiler beaucoup de nouveaux, on les voit une ou deux fois. C'est un peu plus superficiel pour moi [...] à l'accueil on a en tête non c'est pas pour une durée très longue».

«J'ai pas l'habitude de rester en surface... [A l'accueil] On va rester sur le factuel [...] Quand tu fais un entretien thérapeutique, ce qui intéresse, c'est comment ça fonctionne, comment il voit les choses, comment il vit les choses [le jeune]».

Cette hétérogénéité est le reflet d'une tension créée par la contrainte de l'orientation et l'anticipation négative d'une rupture du lien établie à l'accueil. Le lien aux accueillants peut, en effet, constituer un frein potentiel à la transmission, au relais, à l'orientation, au risque de figer la prise en charge. L'orientation est donc une étape délicate et difficile. Certains accueillants manifestent leur malaise vis-à-vis de celle-ci.

«C'est vrai que c'est un peu compliqué la question de la passation»

«Et encore il voit un énième psy et en fait ça bloque la pensée... C'est ça aussi qui m'embête à l'accueil, c'est le fait que ça puisse accrocher et qu'après tu ré-adresses [...] Je pense que c'est assez pénible pour quelqu'un de devoir répéter des trucs».

«Et puis il y a un autre jeune qui vient me voir, tous les 6 mois [...] J'arrive pas à installer un autre binôme. J'ai essayé de le présenter à un autre psychologue mais ça n'a pas marché».

«Quand je m'entends dire ça [qu'on demande au jeune s'il serait intéressé de voir un consultant] après avoir passé plusieurs séances à aborder des choses très lourdes...ça me donnerait l'impression que l'adulte en face considère qu'il ne s'est rien passé, que c'était rien».

2. Une relation thérapeutique intermédiaire

2.1 Une rencontre signifiante

Les participants, dans leur ensemble, considèrent l'accueil comme un espace déterminant pour la suite. Pour eux, la rencontre à l'accueil semble dépasser le cadre qui peut lui être attribué. En effet, la rencontre et la relation sont perçues comme des éléments universels qui transcendent les outils, les techniques et les expertises professionnelles. De ce fait, cette simple rencontre apparaît agissante et déterminante.

« Enfin, bon ... globalement, c'est aussi juste deux personnes à l'accueil qui se rencontrent, c'est, avant tout, ça qui est agissant. On a un bagage intellectuel et biographique...des expériences institutionnelles et tout ça mais on travaille avant tout avec juste notre machine à penser et à ressentir, ça repose en fait beaucoup plus sur ça qu'autre chose».

Certains accueillants évoquent le potentiel thérapeutique de cette rencontre. L'entretien d'accueil peut initier une dynamique de changement, de croissance et de maturation.

Certains accueillants y voient même un pré-travail psychothérapeutique, un lieu d'initiation et de découverte de la psychothérapie.

«Le but est de pouvoir penser ce qui lui arrive, poser des mots, prendre du recul par rapport à ce qu'il vit et à partir de ce moment-là, ça peut l'aider à grandir ou à réaliser certaines choses».

«Souvent, il se dit des choses entre les parents et les enfants qui se sont jamais dites en famille, il se joue plein de trucs et c'est hyper intéressant [...] Quand un jeune pleure durant l'entretien, tu te dis qu'y a déjà un truc qui a marché».

«(Comment tu l'amènes à la psychothérapie ?) Tu l'amènes à prendre conscience que c'est plaisant de s'intéresser à son fonctionnement psychique, que c'est pas trop menaçant et que c'est sympa de le faire avec quelqu'un [...] on va pouvoir faire un pré-travail ensemble...Une espèce d'introduction à».

L'accueil est souvent le premier lieu de réception de la détresse. Les accueillants y voient alors une opportunité relationnelle remplissant les conditions de réception et de disponibilité pour qu'un lien se noue. Ce temps semble alors capital pour la construction de l'alliance qui est perçue comme un objectif essentiel de l'accueil. La collaboration et la confiance sont présentées comme des modalités relationnelles fondatrices.

«Pour que le transfert se noue, c'est important d'être là au début, quand il y a une première adresse, un premier rendez-vous. Ce qui est dit au premier entretien, même si c'est à l'accueil, est très important pour la suite».

«C'est vrai que le travail de la consultation d'accueil, à mes yeux, est fondamental...au sens que c'est là que se crée le lien, l'alliance, le transfert institutionnel, le début du travail».

«J'explique au début de l'entretien d'accueil ce qui va se passer, "on va se voir, on va essayer de trouver ensemble comment on peut t'aider"».

«Il faut qu'il se sente en confiance [pour qu'il revienne] avec les deux personnes, qu'il se sente à l'aise...c'est ça je pense le principal».

Il apparaît important, pour les participants, d'accueillir les personnes dans leurs dimensions subjectives et singulières, avec leur histoire et leurs particularités, afin qu'elles se sentent suffisamment soutenues, écoutées et s'approprient ensuite les soins.

«L'idée était pour elle, des soins de secteurs institutionnels bien contenant, j'avais vu ça en cinq minutes. Néanmoins, j'ai pris une heure pour recevoir la maman et la jeune, écouter la maman...qui était très ambivalente, qui avait contacté le centre expert mais qui n'était pas allée au rendez-vous, qui n'arrivait pas à accepter la gravité de ce qu'il y avait».

2.2 Un investissement relationnel relatif

L'exigence de l'orientation amène les accueillants à considérer la relation d'accueil comme un entre-deux, un «mi-mi» relationnel qui nécessite de trouver un juste milieu, un juste engagement relationnel et affectif.

«C'est un exemple d'un moment où tu restes un peu en retrait parce que tu ne vas pas t'engager vraiment dans la relation, parce que tu sais que tu ne vas pas les revoir et à la fois t'as un engagement d'accompagnement et d'accueil assez important [...] y a une sorte de point, comme un embrayage...un point de patinage où tu dois rester».

Cet engagement et cet investissement relationnels semblent s'ajuster en fonction du degré d'investissement, de la demande de la part du jeune et de la fragilité du lien. Cela peut nécessiter une exploration plus approfondie de la subjectivité de l'accueilli dans le but de susciter d'avantage l'intérêt du jeune pour la relation, initiant ainsi le lien.

«Ceux qui ont eu du mal à venir [...] Je me dis «aller eux il faut les accrocher». Du coup c'est vraiment essayer de rentrer, pas faire semblant d'avoir compris [...] Qu'il sente qu'il y a un vrai intérêt ».

« En s'intéressant à lui ça va l'intéresser d'avoir quelqu'un qui cherche à le faire préciser, à le faire circonscrire les choses et à le faire exprimer ce qu'il ressent [...] Essayer de creuser avec lui...qu'est-ce qu'il y a derrière ça, pourquoi ça. Moi je trouve que ça les intéresse tous au final...de se comprendre».

Les adolescents ont du mal à formuler une demande de soins claire. De ce fait, la capacité pour l'accueillant d'avoir un intérêt fort pour la dimension relationnelle et une capacité d'engagement affectif semble une qualité importante. Ainsi, pour les accueillants, travailler avec amour et empathie apparaît essentiel et constitue une dimension immatérielle agissante. Cela même constitue aussi la source du plaisir du travail.

«Je pense qu'il faut avoir une appétence dans la relation pour s'occuper des ados. Il faut avoir envie de s'intéresser à l'ado...faut pas se sentir obliger et s'il t'agace il faut [orienter]».

«Moi je trouve ça génial d'aimer un jeune parce que y a un truc qui doit vraiment faire du bien en fait, qui fait du bien à l'encadrant, à l'éducateur, au jeune».

«Il faut être touché, il faut être intéressé, parce que si t'es touché tu vas t'en occuper, tu vas t'investir, si t'es intéressé tu vas réfléchir à ce qu'il se passe, tu vas lire sur la question, tu vas en parler dans ton espace d'analyse à toi donc tout ça, ça va faire que tu vas le porter et il va le sentir».

Il est intéressant de noter que le degré de confiance et d'alliance est une dimension perceptible par l'accueillant. Ainsi la majorité des participants estime pouvoir la reconnaître et la juger à travers la capacité du jeune à se livrer verbalement ou émotionnellement. Le non verbal est un aspect tout aussi important que le verbal, ce qui nécessite d'avoir une attention globale et une observation de la posture et de l'attitude.

*«(Est-ce que tu peux sentir quand l'alliance et le lien sont établis ?) Oui...dans ce qu'il nous adresse. Quand il nous parle de lui, s'il reste en surface ou s'il a une réflexion [...] **[des choses]** plus vives, plus difficiles. D'un seul coup il nous les livres ».*

«Y a des jeunes qui parlent peu mais tu sens qu'il y a une communication qui se fait quand même. Admettons un jeune, il pleure, il n'a pas parlé mais tu sens déjà qu'il y a eu quelque chose qui s'est passé entre nous et lui, il se permet de pleurer devant toi».

«(Quels sont les signes qui montrent que l'entretien se passe bien ou que l'alliance se met en place ?) : ça peut être l'attitude, la posture qui accompagne tout l'entretien. Un jeune qui reste fermé, bloqué, qui est mal - tu le sens - qui est crispé puis, à un moment donné, dans l'entretien, tu vas le sentir se détendre un peu...et respirer, ne serait-ce que respirer [...] Il comprend qu'il peut lâcher et nous faire confiance ».

«Quand il y a un petit sourire qui pointe, [quand] y a une détente, physique. Il s'ouvre, ça se voit dans le comportement [...] Moi, j'aime beaucoup le non verbal, je regarde énormément tout ce qui se passe».

Ce degré d'ouverture détermine par ailleurs le ressenti subjectif de la difficulté de l'entretien d'accueil par l'accueillant, qui conditionne la quantité de ressources et d'énergie à déployer.

«Un entretien difficile c'est quand y'a pas de parole, quand il y a un jeune qui n'a pas du tout envie de parler».

«Quand je dis difficile je dis pas que c'est éprouvant émotionnellement ou quoi, c'est juste que ça te demande un peu plus de ressources, d'énergie».

2.3 Le «point d'embrayage»

L'entre-deux, que constitue l'entretien d'accueil, questionne ses limites et ses contours. La capacité pour le jeune de se représenter sa difficulté ou son problème, selon son point de vue, semble être l'indicateur que la relation d'accueil arrive au seuil de l'orientation. Cette représentation, portée et investie par le jeune, signe la maturité du processus et du travail d'accueil.

« Je le sais [quand je suis au bon endroit, au juste milieu, au point de patinage] quand j'ai l'impression qu'eux-mêmes, ils arrivent à se tourner vers eux-mêmes...à l'intérieur et à vraiment réfléchir à ce qui leur arrive et à pouvoir me le dire ou en tout cas à mettre des mots».

Pour cela il apparaît essentiel d'avoir une écoute juste, prenant le patient là où il est et là où il en est dans sa subjectivité propre, quel que soit sa maturité. Celle-ci dépend d'une attitude et d'une posture aptes à recueillir et respecter l'intégralité de ce qui est reçu, quels que soient sa modalité, son contenu, sa forme ou sa quantité.

«Je pense à écouter, à respecter, à prendre le jeune là où il est, à répondre à ce qu'il nous adresse et pas répondre à ce qu'on voudrait qu'il nous adresse, c'est capital».

«C'est un petit peu...dans une posture un petit peu analytique ou c'est pas ça qui importe [la réponse aux questions], c'est ce qu'amène le patient...vraiment être au plus près de ce qu'il amène lui avec ses propres mots à lui...même des gros mots [...] certains amènent peu de choses, mais même ce peu de chose, être au plus près de ces paroles la...qu'il en soit pas dépossédé, qu'on lui prête pas comme ça un sens».

Ce contenu exprimé constitue la matière première de cette représentation qui pourra ainsi correspondre à la perspective du jeune. Cela implique un processus d'accordage méticuleux, à la fois sémantique et symbolique entre l'accueillant et l'accueilli. Ce cheminement d'accordage amène à la construction d'une représentation commune, suscite son appropriation par le jeune et permet d'esquisser la demande.

«Je vais essayer de le faire préciser, de le faire circonscrire ce qu'il me dit [...] "mais quand tu dis ça bah moi j'entends plutôt ça, mais est-ce que c'est vraiment ça ?". Il va me dire «mais non mais rien à voir» ... «Ah d'accord bah du coup c'est plutôt quoi ?», «Bah c'est ça, et donc ça c'est ça» et voilà hop, on commence à construire tous les deux un truc».

«C'est un accordage. C'est ça qui fabrique la demande aussi du côté du jeune, ce qui commence à l'intéresser. Je pense que c'est cette construction à deux comme ça qui permet que lui il se dise "Ah mais oui c'est vrai c'est ça ce qui m'arrive et c'est ça qui me gêne et c'est pas tout à fait ce pourquoi on m'a amené d'ailleurs».

«[Cet accordage sur le vrai problème pour le jeune] je pense que ça c'est un truc qui est hyper nécessaire pour qu'il puisse revenir [...] que lui aussi il soit d'accord sur la définition du problème».

«Qu'on cherche ensemble les mots sur c'est quoi ce truc-là [...] Le point de patinage il est dans cette construction à deux comme ça...».

Cette exigence de construction d'une représentation, selon l'acceptation du jeune accueilli, apparaît fondamentale. Elle peut nécessiter une certaine insistance dans un domaine particulier, au détriment de l'exhaustivité, quitte à laisser des zones d'ombre. L'essentiel est que le jeune puisse initier un processus d'introspection qui pourra se prolonger par la suite. Cela constitue une manière d'éviter un déversement et un dévoilement trop important de l'intimité du patient risquant de l'enchaîner à l'espace d'accueil.

«J'hésite pas à me concentrer sur un petit bout. Il n'a pas tout déposé, il n'a pas tout dit mais on a fait un petit truc bien profond...et là ça l'a intéressé, moi aussi et à partir de ça, il sait qu'on va pouvoir développer sur tout le reste [...] C'est un peu comme un Teasing de ce qu'on va pouvoir faire dans la relation après...c'est une bande annonce».

3. Au cœur du sujet

3.1 Le « devenir » sujet comme axe de travail

Les accueillants perçoivent le travail d'accueil comme devant participer au processus de maturation psychique du sujet. Bien qu'exigeant, le travail consistant à aider l'adolescent à développer une autonomie psycho-affective et un espace psychique propre sont des objectifs essentiels.

«L'expérience d'être soi c'est la possibilité d'être apaisé dans les émotions que l'on ressent, les vivre, pouvoir les traiter, pouvoir s'entendre penser [...] demander ça à des jeunes c'est ambitieux, mais c'est important»

«Le jeune va pouvoir parler pour lui-même, on va créer un cadre où il va pouvoir le faire [...] Il prend de plus en plus mesure de sa propre subjectivité».

«On s'occupe de la partie où franchement, c'est le non-sens, ça se tient pas encore assez...De cette position, de cette capacité à pouvoir se penser, se penser en tant qu'individu, se penser soi».

Cela semble dépendre d'un travail de questionnement permettant au jeune de se tourner vers lui-même et de prendre conscience de sa vie psychique, d'y mettre un sens, des limites. Cela participe au développement d'une réflexivité. L'accueillant aide l'adolescent à clarifier ses attentes, croyances, émotions... mais aussi à se positionner comme sujet «différent» pour qu'il s'approprie ses représentations et de ses pensées et en prenne la responsabilité.

« [le jeune] n'a pas encore cette possibilité de discerner un peu entre les différentes émotions qu'il peut ressentir. Donc l'idée de lui poser des questions par rapport à ça, c'est l'aider un peu à prendre du recul : il est moins dans quelque chose qui n'est pas nommé »

« Les premiers rendez-vous, c'est le moment du : "y'a rien de normal" de : "j'ai rien compris de ce que tu me dis" de : "bah je comprends pas, est ce que tu peux m'expliquer"...Je le rencontre en brut. Du coup faut qu'il m'explique quel sens ça a pour lui».

«Je vais essayer de voir "qui dit". Est-ce que c'est lui qui dit ou est-ce que c'est lui qui répète quelque chose qu'il a entendu d'autres à son sujet ? S'il est d'accord avec ça, s'il le partage...qu'est-ce qu'il en pense lui».

Ce processus demande du temps et nécessite de faire converger et relier ce qui a été projeté par le jeune sur l'extérieur et dans les différents espaces de vie tout en le restituant de manière acceptable et selon sa temporalité.

«Ça prend toujours du temps pour qu'il prenne conscience qu'il est quand même acteur dans ce qu'il fait et dans la répétition de ce qu'il se passe. [...] On discute entre nous de ce qu'il se passe dans les ateliers et puis on reprend avec lui [...] Dans tous les événements qui se passent mal autour de lui [...] de l'amener à ce qu'il réalise qu'il est acteur quand même dans tout ça et donc acteur ça veut dire sujet et sujet ...c'est qui il est ».

Les accueillants estiment important de pouvoir s'exposer et s'exprimer naturellement et authentiquement. C'est une manière de donner l'exemple et d'encourager le jeune dans l'exploration intimidante de ses terres intimes. Cela permet de pallier le déficit de leurs capacités représentatives.

«C'est juste ressenti et ça n'a pas de sens pour lui [le jeune] en fait, donc souvent ils se défendent [...] "bah non j'ai pas eu peur"...quand ils me disent des choses comme ça, moi, je leur dis "moi je pense que j'aurais ressenti de la peur"».

«Essayer de faire lien avec honnête toujours. Il faut qu'il sente, l'enfant, que c'est authentique et ça il le sent, il le voit d'emblée. Faut pas faire semblant [...] Les ados, ils ont le chic pour mettre le doigt sur ce qui va pas, si c'est faux».

Ceux-ci estiment qu'introduire une dimension ludique par le biais de l'humour et de la légèreté favorise cette exploration subjective.

«Il y a aussi la question de l'humour qui est très importante...Qu'il entre dans un jeu associatif...Un jeu [...] On peut appeler ça un espace poétique».

Les accueillants perçoivent aussi l'entretien d'accueil comme l'opportunité pour les jeunes de rencontrer une autorité adulte. Un adulte qui réagit et met la limite. L'accueillant devient alors un objet structurant parce qu'il donne des repères, aidant ainsi à la construction du sujet.

«Parfois il pouvait arriver très très en retard [...] bah non des fois non "ça passe pas là". Je pouvais réagir [...] J'avais envie de lui mettre la limite parce que je pense que c'est ça aussi qu'il a peut-être pas trop eu l'occasion d'entendre [...] C'est un lieu en tout cas où il pouvait y avoir une limite».

«Faut pas hésiter à dire non...parce qu'ils demandent que ça les mômes, à être en contact avec les adultes. Les jeunes demandent, dans leur mal être, beaucoup de repères, ça on le retrouve énormément, ils manquent de repères ou d'autorité».

«Y a des choses-là où je vais, par exemple, vraiment prendre position et dire "là c'est pas acceptable" mais presque du côté normatif ; c'est quand vraiment le jeune a été victime de quelque chose [...] J'ai recours à ça quand il y a une espèce de banalisation de la violence...c'est comme s'il pouvait se construire comme ça».

3.2 Un ressenti et une réceptivité soignante qui participe au travail de subjectivation

La majorité des accueillants considèrent leur ressenti comme un important outil de travail. L'attention qu'il y accorde leur permet d'être réceptif à l'autre, de capter ainsi des éléments subtils d'ordre affectif et émotionnel.

La plupart des participants utilisent ainsi leur ressenti corporel pour accéder à une connaissance *a* théorique aidant à l'appréhension clinique du patient dans ses dimensions subtiles et singulières.

L'analyse du ressenti permet une forme de synchronisation, facilitant le lien et l'ouverture.

« [Les ressentis propres au thérapeute] je compte sur eux aussi dans le sens où ils vont pouvoir m'aider à comprendre quelque chose, en dehors de tout bagage théorique».

«Ce qu'on ressent vis-à-vis d'un ado, en général, contient plus d'éléments cliniques susceptibles [...] de parler que "comment il dort" etc...».

«Ça se ressent...c'est comme si tu te mettais sur une même vibration, sur une même...c'est ça en fait, c'est une longueur d'onde tu vois ? Tu te mets sur ses ondes».

«En fonction du contact que j'ai, si je sens un truc qui le fait pas, "Pof" je modifie très rapidement [...] J'écoute beaucoup mon corps, enfin mon ressenti. Une fois [une ado] m'a tutoyé...Tout de suite "Hop" je me suis refermé et j'ai posé le cadre [...] ça l'a aidé parce que à la deuxième consultation elle était plus à l'aise».

L'attention que l'accueillant accorde au para-verbal, au corps et à la posture de l'adolescent participe à la perception de contenus psychiques infra-verbaux ainsi qu'à une synchronisation et un accordage sensoriel et corporel

« Je regarde le corps de l'ado, quand il se déplace [...] comment il se déplace, si il est courbe ou pas [...] Le cote rigide et tout ça...moi j'écoute beaucoup mon corps, enfin mon ressenti, il se ferme, automatiquement, "hop" [j'adapte]...ou il s'ouvre plus ou moins selon... »

« [Quand ils] sont un peu psychorigide ou des choses, automatiquement [...] je me referme aussi [je deviens] plus froid [...] avec les ados, quand je me rigidifie...ça montre des choses »

Cette réceptivité et ce travail, intégrant des éléments corporels sensoriels et affectifs et à partir des ressentis du soignant, met à disposition un espace psychique supplémentaire. Cet espace permet d'accompagner le jeune dans l'exploration de sa subjectivité tout en respectant sa temporalité.

«C'est comme si tu te mettais à cet endroit-là aussi et que t'étais prêt à faire tout ce travail de reconsidération, de discernement et de reconsidération des émotions, des affects [...] Un peu comme si on remettait à zéro et l'idée c'était de cheminer avec lui dans son sens à lui [...] c'est quelque chose que de toute façon t'as vécu, dans ton corps, dans ton esprit [...] La façon de repasser par-là, c'est devenu ton outil de travail...cette façon d'être. C'est un état ».

«Quand on sent on propose [...] C'est toute la sensibilité de notre écoute qui fait que "tiens il a dit quelque chose là mais aujourd'hui peut être que c'est pas le moment ou en tout cas c'est pas tout de suite" ».

«Voilà comment, nous, on emmène parce qu'on va un petit peu aller cueillir plein d'éléments comme ça et en faire quelque chose et peut être, à un moment donné, lui renvoyer quelque chose ».

Cependant il apparaît que la qualité de cette réceptivité peut être entravée par des résonances émotionnelles en lien avec l'histoire de l'accueillant.

«Y a plein d'émotions qui me traversent, des conflits qui sont dus à ce que toi t'as vécu à l'âge des ados».

«Être agacée [...] c'est un indice, ça c'est sûr. Je me dis que c'est une situation qui est trop étrangère à celle que moi je pourrais connaître, ou trop proche».

« La mère...hyper impressionnante. Vraiment, je suis dans mes petits souliers. Je me sens hyper jugée...testée. Donc j'ai un peu mis le paquet sur elle [...] Elle m'a fait vivre des choses assez compliquées [...] C'est elle qui a choisi son cadre de soins [...] Elle m'a investie de manière massive... Je sais pas pourquoi je te dis ça... je suis assez émue».

Ainsi la plupart des participants estiment important de développer la conscience de soi et de sa subjectivité propre. Plusieurs d'entre eux estiment aussi qu'une thérapie personnelle constitue une aide précieuse pour développer la conscience de soi.

«Si tu t'énerves c'est que ça à avoir avec, ça raisonne avec un truc en toi. C'est inconscient [...] C'est juste un petit effort de conscience, et ça je le fais aussi pour moi».

«Il faut vraiment ce discernement par rapport aux affects dont je parle "là c'est quelque chose qui est plutôt de mon côté que du sien". Ça suppose que t'aies quand même un bon ressenti, conscient de toi, des émotions que tu as et qu'est ce qui émane plus de toi que de lui».

«Mon expérience de patient [...] en allant voir à l'intérieur de moi, j'ai pris conscience [...] C'est un travail en profondeur. Ça t'enseigne une sorte de modestie, d'humilité...tu chutes d'une position mentale, de juger».

«[une psychothérapie] [te] permet de faire le lien entre ce que tu vis là et en quoi c'est lié à des choses qui sont personnelles. Après, j'ai beaucoup moins d'angoisses...d'inquiétudes, ce qui fait que ça laisse plus de place au patient d'avoir les siennes propres».

Un des accueillant perçoit l'intérêt de maintenir un contact et une ouverture à soi durant l'entretien afin de préserver un espace intersubjectif.

«Tu pourras jamais prendre du recul et discerner tes émotions si tu refuses de les entendre et si tu les acceptes pas, tu seras tout le temps en tension et du coup tu brouilles les récepteurs [...] ça te permet de rester connecter au jeune».

Le développement de la conscience de soi permet ainsi d'offrir au jeune un miroir sans interférences liées à l'histoire du soignant, laissant au jeune l'espace pour se construire. Ce travail personnel participe au détachement nécessaire, au respect de la temporalité et l'individualité du patient. Il semble aussi favoriser le développement de l'empathie, de l'alliance et préserve la valeur thérapeutique de l'entretien.

«Il y a le désir de la part du psy. [...] ça peut faire vachement lever les résistances, ça peut faire fuir le patient, ça peut obscurcir le regard du thérapeute [...] C'est un travail de conscience».

«Y a des choses que j'ai travaillées moi et du coup je les identifie rapidement et j'ai un bon lien avec les patients qui traversent la même problématique [...] je suis plutôt touchée et je vais lui donner un rendez-vous dans pas longtemps, ce qui fait une alliance du feu de dieu ».

«Mais si, par exemple, un éducateur, il n'est pas au clair avec les sentiments qu'il ressent, c'est là que peuvent se jouer des passages à l'acte, des trucs qui vont être néfastes».

4. Le travail collaboratif au service de l'alliance du travail d'accueil

4.1 L'apport du travail en binôme

Pour la majorité des accueillants, le binôme est une ressource importante. La présence d'un collègue en entretien constitue un soutien qui facilite l'accueil de la charge affective et permet de mieux recevoir. Le travail à deux permet un plus grand déploiement de ressources attentionnelles.

« Tout seul on n'y arrive pas, parce que c'est des situations trop compliquées, on n'arrive pas à les aider [...] tout seul on est moins fort. »

« Y a une charge affective [...] l'accueillant, parce qu'il est accolé à son binôme, est quand même plus fort. »

« Si on laisse [son binôme] guider un peu plus l'entretien, ça nous permet d'avoir du recul [...] [ça] nous permet, après, de revenir dans une petite question, on perd pas le fil. »

Les échanges avec le binôme participent aussi à la gestion émotionnelle et à l'accueil de ses ressentis. Cela permet de rétablir une disposition bienveillante en favorisant l'empathie.

« D'en parler [avec mon binôme], d'évoquer, de voir l'écho, de voir la réponse, d'imaginer d'autres choses, [...] ça permet de reprendre un peu de distance et ensuite d'aborder le jeune un petit peu différemment ».

« Si, par exemple, j'ai un jeune en face de moi qui provoque chez moi une certaine crispation, je vais tout de suite en parler avec mon binôme et on échangera, donc ça permet de dégonfler un peu les choses, de décrisper ».

« Le fait d'avoir un regard d'une autre personne, il va te donner une autre vision, parce que lui il a eu cette empathie que t'as pas eu admettons, alors le jeune tu le vois sous un jour différent...donc tu finis par le prendre en affection ».

Plusieurs accueillants considèrent que la diversité des points de vue assure un doute constructif et maintient une mouvance propice à l'émergence du sujet.

Pourtant l'un des accueillants met en avant le risque d'un manque d'accordage inconciliable au sein du binôme, réduisant les bénéfices de la pluridisciplinarité et accentuant la frustration des accueillants par un effacement des particularités et une réduction du potentiel de chacun.

« C'est une chance pour le jeune qu'on soit en binôme [...] on aura toujours une divergence par rapport à notre façon de le voir et de ce qui est possible pour lui [...] Il est pas totalement cerné, ça reste mouvant, il est pas catégorisé, il est pas catalogué [...] ça laisse toujours une porte ouverte [...] parce qu'il faut lui laisser la liberté d'être ».

« Ça ne va pas de soi de recevoir un jeune à deux parce que parfois clairement on n'est pas accordés et donc on tire dans un sens et l'autre tire dans un autre...j'aime plus le travail en parallèle [...] différent du binôme. Parce que là c'est un peu comme si tous les deux (psychologue et éducateur) devraient un peu renoncer à une partie de leur mission ».

« Des fois il y a des points de vraiment de...opposés. Je pense que ça peut être généré par [...] le désir qu'on a pour le jeune. S'il est vécu différemment, ça va créer des points de frictions, et c'est comme s'il se retrouvait entre nous deux [...] et ça c'est pas bon ».

Ainsi, la confiance et l'harmonie dans un binôme apparaît fondamentale. Elle est garante de la valeur thérapeutique de l'entretien. Cette confiance et cette harmonie semblent aussi être un support de créativité qui favorise la construction du lien avec l'accueilli. Cela participe grandement au plaisir du travail.

« A la limite, c'est le pire ça, parce que je crois que la difficulté c'est pas forcément le jeune mutique ou le jeune agressif, la difficulté c'est ton collègue, si t'as pas confiance en lui et bah ça va faire tout capoter je pense. »

« Je pense que le jeune est tout à fait sensible à ce qu'il se passe, même entre les deux professionnels. Il va très bien sentir s'il y a des accords profonds ou des tensions [...] il va être pris là-dedans. »

« Ma collègue actuelle, parfois, elle ose des trucs un peu dingues mais qui fonctionnent. Alors on en rit, on joue...mais parfois on peut pas se permettre ce genre de trucs [...] parce avec des gens [...] il y a une telle crispation, ça peut être très tendu. »

« J'ai la chance de travailler avec quelqu'un avec qui on « fit », on s'accorde très bien, on est très différentes l'une et l'autre et on s'équilibre [...] c'est une vraie danse. »

Cette qualité relationnelle, au sein du binôme, se construit. Elle nécessite une réceptivité, une ouverture et une attention mutuelle pour que chacun ait sa place dans une responsabilité partagée.

« Quand tu travailles avec ton binôme, tu lui permets aussi d'accéder à quelque chose de toi. Lui, il entrevoit quelque chose de toi, de qui t'es et l'harmonie aussi elle se trouve [là] [...] elle est aussi à construire avec ton binôme. »

« Ça fonctionne bien...quand on se passe un relais [...] Je crois beaucoup à la coresponsabilité [on met ça en place] en communiquant, en se parlant [...] mes [binômes] je les écoute parler, je les regarde quand ils parlent. »

La construction de cette harmonie et de cette confiance implique de pouvoir avoir une communication suffisamment ouverte entre accueillants, ainsi que des capacités d'adaptation. Cependant, bien que le travail en binôme semble être un dispositif ayant beaucoup d'atouts, il nécessite une exigence parfois difficile à atteindre. Cela est en partie dû aux moyens importants qu'il demande.

« Je pense que c'est un objet ambitieux qui n'a peut-être pas beaucoup d'avenir [...] C'est pas un objet rentable au regard des chiffres, parce que c'est hyper chronophage, ça sollicite deux à trois soignants. »

« On le fait toujours dans la mesure du possible parce que on est en effectif [réduit] [...] souvent on les fait séparée parce que des fois y a pas mal de demandes. »

4.2 Le croisement des regards et la pluridisciplinarité : une altérité fertile

Le travail, en binôme et à l'accueil, s'inscrit plus généralement au sein d'une dynamique pluri professionnelle et institutionnelle qui passe par l'échange et le partage de compétences. Cette dynamique conditionne la qualité du travail à l'accueil par l'accordage entre professionnels et la construction d'une représentation partagée qu'elle permet.

« C'est l'idée de soigner l'institution avant de pouvoir soigner [...] tout un travail autour des relations entre professionnels de l'institution...Ah ça va l'améliorer beaucoup [la qualité de l'accueil] parce que à l'accueil on n'est pas seul et donc c'est très important qu'on soit à peu près accordés. »

« Si t'es dans un lieu comme ici, où t'as cette possibilité d'être avec d'autres et d'être dans un échange, tu peux te permettre d'être dans ce travail-là. »

« On a une espèce de clinique partagée...C'est ultra important parce qu'elle fait des liens entre nous dans un regard qui regarde la personne le plus globalement possible dans une idée d'enveloppe [...] de regard attentionnel attentionné. »

« Parfois t'es tellement pris dans les entretiens à la chaîne que t'as même pas le temps d'échanger et tu te demandes si y a un sens. »

Mais cette dynamique est conditionnée par la confiance entre professionnels, au sein de la structure. Cela nécessite un environnement de travail bienveillant et une reconnaissance mutuelle entre collègues.

« [Pour qu'on soit accordés entre professionnels] Idéalement [ça serait de] pouvoir parler assez librement sans être jugé par ses collègues (de) comment on voit tel ou tel jeune [...] construire collectivement quelque chose dans la diversité. »

« Il y a un échange, c'est ouvert, bienveillant [...] j'ai confiance. Je pourrais pas jouer comme ça, si j'avais pas ce soutien, si j'étais pas à l'aise, si j'étais pas bien, si j'avais pas confiance en moi parce que derrière on n'a pas confiance en moi. »

« Des collègues ont pris position de ne plus parler en réunion parce qu'ils étaient (critiqués) dans la manière dont ils pouvaient parler...Y a un rapport de disqualification...On le ramenait à...un état d'anxiété et pas à même de penser. L'autre est inhibé... »

« Pour ramener le matériel subjectif qui est quand même un matériel important de la rencontre, faut pouvoir travailler dans un climat de sérénité et de confiance surtout [...] avoir une équipe qui solidarise, être soutenu, épaulé, que ce soit l'objet institutionnel cette prise en charge. »

Ainsi l'un des accueillants estime important d'entretenir un rapport d'égalité entre professionnels. Un tel rapport contraste avec un fonctionnement hiérarchique et en catégories professionnelles, générateur de rapports de force qui rendent difficile l'ouverture et la confiance entre collègues.

« On est quand même dans une chaîne alimentaire des fonctions [qui est] assez problématique à l'hôpital qui favorise pas ce travail de pluridisciplinarité dans une pleine confiance [...] si tu écrases l'autre, l'autre peut pas t'apporter toutes les compétences en toute confiance. Il est inhibé dans ses compétences, et donc tu n'y gagnes rien. »

Cette dynamique institutionnelle nécessite de mettre en place des espaces et des temps spécifiquement dédiés, créant une circularité et l'opportunité d'échanger.

« Je trouve que c'est important (l'échange entre collègues), c'est pour ça, là va y avoir les réunions flash qui vont être mise en place. »

« Admettons, chaque jour y a une réunion, on pourrait reparler de chaque entretien avec une tierce personne et ça serait génial. »

« Ça devrait être fait avec peut-être plus de temps de réunion autour de l'accueil ou toute l'équipe de l'accueil est présente, pas qu'une partie, et pareil un temps de supervision pour toute l'équipe. »

4^{ème} Partie

DISCUSSION

Les résultats révèlent de quelle manière le travail effectué par les accueillants ainsi que le cadre de l'accueil favorise la construction d'un projet de soin en particulier par le rétablissement d'une continuité au sein de l'environnement de l'accueilli. L'absence de demande de la part de l'adolescent implique que celui-ci s'approprie une représentation consciente de sa problématique qui fait intervenir une dynamique intersubjective et un processus de co-construction. Le rôle transitionnel effectué par le travail d'accueil nécessite qu'un dispositif institutionnel soit mis en place en particulier à l'aide de dispositifs d'échanges et de partage sur le matériel subjectif issu de la rencontre.

1 L'articulation du travail d'accueil et institutionnel

Les accueillants rappellent comment le cadre de l'accueil et son positionnement institutionnel et interinstitutionnel participent à une fonction conjonctive au sein de l'environnement et du monde externe du sujet adolescent. Les accueillants estiment qu'une partie de leur travail consiste à rétablir une continuité entre les intervenants extérieurs et la famille.

Cela favoriserait l'inscription des jeunes reçus en entretiens dans une prise en charge et la construction d'un projet de soin. Ce travail de liaison avec les personnes en lien avec l'adolescent est fondamental afin de rétablir la continuité mise à mal par les processus psychiques de l'adolescent.

Selon Jeammet, l'adolescent, sujet au moi défaillant, extériorise son vécu interne et conduit son entourage « à servir de support aux projections et même de suppléance à des fonctions et des instances de [sa] psyché » (Jeammet 2005 et 2007). L'entourage constitue ainsi un « espace psychique élargi » (Jeammet 1980), une sorte d'appareil psychique externe. Chaque élément de l'environnement en forme une parcelle et un représentant.

L'intérêt de l'environnement est qu'il apporte une réflexivité externe au vécu du sujet avant qu'il ne s'en saisisse et l'intègre au sein de son espace psychique propre (Roman et Dumet 2009, Jeammet 2005). Toutefois, cela se fera à condition que l'environnement de l'adolescent et les objets investis par lui soient disposés à jouer ce rôle et à suffisamment bien contenir et refléter son expérience subjective. On souligne ici l'importance du concept « d'environnement suffisamment bon » de Winnicott (Winnicott 1971, Winnicott 1975, Winnicott 1989).

Pour les accueillants, l'accueil est disposé comme un interstice entre les intervenants et au sein de la MDA et constitue un potentiel unifiant et porteur d'une représentation commune entre professionnel. Pour Marcelli, ce potentiel ne peut aboutir sans dispositif institutionnel (Marcelli 2011).

Dans ce sens les accueillants estiment important que l'institution assurent des temps d'échanges et de réunion afin d'échanger sur le matériel clinique issu de la rencontre d'accueil, de confronter le point de vue des accueillants et construire une représentation partagée qui soient seule à même de « porter » suffisamment le sujet et correspondre à ses besoins spécifiques.

Les accueillants mettent en avant l'importance que règne un climat de confiance entre collègues sans lequel le partage intime sur les effets subjectifs de la rencontre et des affects qui y sont véhiculés est rendu difficile. Par ailleurs ils estiment important d'être reconnu dans leur responsabilité partagée, qu'une juste répartition des pouvoirs soit faite (rapport d'égalité et horizontaux, absence d'enjeux de pouvoir ou hiérarchiques).

Ceci pose la question de savoir quelles sont les modalités d'organisation institutionnelle et de répartition du pouvoir entre professionnels les plus propices à l'utilisation du transfert sur la pluralité. Pour Jean Puech Lestrade, la démocratie constitue la modalité gouvernementale la plus adaptée, celle qui laisse le mieux s'exprimer la dimension de la pluralité humaine et l'expression de la subjectivité de chacun (Peuche-lestrade 2006).

Pour les soignants, de tels rapports favorisent l'expression de l'intime et le partage de point de vue et de ressenti, condition de la construction d'une représentation commune et partagée. Plusieurs auteurs considèrent qu'un tel travail institutionnel doit être sous tendu par des temps de réunion et d'échanges. Ils vont permettre de reprendre et d'élaborer les éléments psychiques projetés et éprouvés par les soignants, issus du transfert multiple et pluriel, dans leur diversité mais aussi leur divergence.

La diversité exprimée par chaque accueillant et/ou soignant permet de respecter et la prise en compte de toutes les facettes de la subjectivité de l'adolescent. Cela à condition que le point de vue et le vécu de chaque soignant en relation avec l'adolescent, soient traité avec égale importance, et que les conflits soient élaborés et perçus dans le rapport aux projections et transferts du patient.

Selon Lauru (2016), c'est ainsi que la représentation partagée coïncide avec le vécu intime du sujet et dans toutes ses facettes et ses aspects. Dans le cas contraire le travail a plusieurs ne fait que reproduire le clivage intra psychique de l'adolescent, à l'échelle de l'appareil psychique externe et écarte alors tout effet thérapeutique.

L'adolescent bénéficie de la cohérence de pensée de l'équipe qui découle de ce travail, car il donne le modèle d'un bon appareil psychique et constitue un point d'ancrage qui favorise un travail d'élaboration et restaure ses capacités de représentation (Barraband 2015, Benoist et al 2011, Gilloots 2006, Lauru 2016, Poitou 2012, Pripis 2011).

2 La construction de la demande par les accueillants

Les accueillants reconnaissent régulièrement avoir à travailler dans un contexte d'absence de demande d'aide de la part de l'adolescent, considérant alors l'espace d'accueil comme un lieu d'élaboration d'une envie d'investir un projet ou une relation de soin. Benoît rappelle qu'à la maison de Solenn, les entretiens d'accueil doivent donner le temps à l'adolescent de s'approprier la démarche de soin et d'accéder à une position active vis-à-vis d'elle (Benoit et al. 2011).

D'ailleurs les accueillants peuvent prendre plusieurs entretiens afin d'aider l'adolescent à pouvoir formuler son besoin et sa demande, qui est d'ailleurs rarement explicite à la première rencontre.

Accepter de travailler sans exiger de demande de soin explicite, permet de respecter la différence entre besoin et demande. Il s'agit de considérer les processus de maturation de l'adolescent et sa temporalité. Cela explique l'état d'esprit des accueillants vis-à-vis de la demande qu'ils considèrent comme dépendant de la maturation psychique de l'adolescent. Il est important pour eux de respecter la forme que la demande peut prendre. Plusieurs d'entre eux la relativise pour favoriser l'investissement de l'espace d'accueil du jeune, à son rythme et selon ses possibilités et compétences.

Avoir une demande signifie implicitement l'avoir formulée et rendue communicable. Ce qui suppose que la souffrance/difficulté de l'adolescent ait pu être traduite en mots, que le vécu subjectif ait pu être transmis dans l'appareil du langage, un processus de l'ordre de la symbolisation secondaire.

Or, à l'adolescence et ce d'autant plus que le sujet manque de ressources internes, l'immaturation du moi entraîne une difficulté à différer et élaborer la tension psychique générée par l'excitation pulsionnelle. A défaut d'un traitement et d'une gestion interne des affects, conflits et pulsions à travers les processus de pensées et de représentations, cette gestion s'opère par le corps, l'acte et le comportement (Roman et Dumet 2009).

Ceux-ci viennent faire office de fonction *pare excitante* et apporte un soulagement permettant à la pulsion de trouver une source de décharge temporaire, le temps que s'opère un processus de symbolisation et d'appropriation subjective (Chagnon et Houssier 2012).

Les accueillants évoquent l'importance que l'adolescent s'approprie suffisamment son vécu ou sa difficulté, ce qui participe à la construction d'une demande exprimable et communicable. D'après les accueillants, le fait pour le patient de devenir acteur et de s'approprier une représentation de sa difficulté ou de son vécu, est une phase importante pour la construction de la demande.

Ce travail correspond à un processus de subjectivation. La notion de subjectivation correspond au travail de transformation et d'appropriation subjective ou consciente d'un vécu interne, resté isolé ou clivé, non symbolisable et ne pouvant s'inscrire dans les processus de pensée.

Avant d'être assimilable et appropriée par le sujet, l'expérience subjective, qui s'inscrit dans l'appareil psychique sous un état brut, une matière première, va devoir subir une transformation ou un processus de symbolisation. Ce processus de symbolisation permet à cette matière première psychique d'obtenir une forme symbolique ou réflexive (ou représentation symbolique ou réflexive) lui permettant de devenir consciente (Bertrand 2005, Cahn 2006, Delbrouck 2016).

Pour les accueillants, le travail d'appropriation subjective du vécu de l'adolescent et la construction de la demande fait intervenir une co-construction intersubjective. Cette co-construction et ce partage subjectif est le fruit d'un processus d'accordage et d'harmonisation à la fois perceptivo-moteur, affectif et symbolico-sémantique.

Cette dynamique participe à l'élaboration progressive d'une représentation communicable que l'adolescent peut s'approprier. Ces modalités relationnelles font appel aux capacités de réceptivité de l'accueillant et la mise à disposition de son espace réflexif interne au service du vécu de l'adolescent qui permettent la création d'un espace commun d'expérience et une circularité facilitant le processus d'élaboration symbolique.

Selon Roussillon, la transformation ou la symbolisation de la matière première psychique se fait par un transfert sur des objets et par leur fonction « miroir », spéculaire ou réflexive. En d'autres termes, le travail de transformation de l'expérience subjective, sous une forme assimilable et réflexive, suppose que la matière première psychique soit reflétée par l'objet (Roussillon 1997, Roussillon 2013). Autrement dit, pour Roussillon comme pour Jung, la réflexivité intrapsychique est issue de la réflexivité intersubjective (Jung 2015, Jung 2016, Jung et Francisco 2017, Jung et Roussillon 2013).

Chez l'adolescent, le moi immature et fragile est incapable de contenir le débordement pulsionnel et l'envahissement des affects associés à la puberté. Cette pulsionnalité effractive, source de désorganisation psychique, pousse l'adolescent à traiter certains aspects de sa personnalité et de son vécu par des mécanismes de projections normales visant à faire porter à son environnement et notamment aux adultes, une parcelle de sa subjectivité qu'il n'est pas en mesure de contenir ni d'élaborer (Estellon 2017).

En d'autres termes, le sujet a besoin de passer par un objet qui peut assurer la fonction de synthèse, de rassemblement et de transformation du vécu avant que celui-ci le fasse pour son compte et se l'approprie, à une période où il n'est pas capable de l'assumer seul.

En acceptant de jouer le rôle d'un réceptacle au vécu du sujet, l'objet joue le rôle d'un miroir externe susceptible de restituer ce vécu sous une forme réflexive, nourrissant ainsi les processus de subjectivation du sujet.

Ces dynamiques renvoient à la notion du double virtuel et double régulateur de soi particulièrement sollicités à lorsque le sujet est confronté à une rupture au sein de sa subjectivité et un déséquilibre identitaire, notamment à l'adolescence (Golse 2012, Georgieff et Speranza 2014, Jung 2016, Quentel 2015). D'après Georgieff, malgré l'hétérogénéité des théories rendant compte du développement de la subjectivité, tous convergent plus ou moins pour considérer le déploiement de celle-ci dans l'interaction avec la subjectivité d'un double régulateur de soi. C'est donc à travers une inter voire une « Co » subjectivité que le sujet se développe et se construit et a la possibilité de reprendre pour lui-même la fonction miroir et régulatrice de l'objet (Ciccone 2012, Denis 2012, Georgieff et Speranza 2014, Marcelli 2007).

Il est intéressant de noter que pour les accueillants, le travail de construction sémantique et d'appropriation subjective de la problématique et du vécu de l'adolescent - condition de l'élaboration d'une demande - fait intervenir une dynamique intersubjective engageant le soignant affectivement.

Il fait appel à la réceptivité de l'accueillant et la mise à disposition de son espace réflexif interne au service du vécu de l'adolescent. C'est à travers un processus de co construction sous tendue par une affectivité partagée mais aussi une pensée partagée ou un processus de « co-pensée » que l'accueilli arrive progressivement à s'approprier une représentation de son vécu affectif. Cette appropriation et cette élaboration autoréflexive se fait en transitant par l'accueillant qui met à disposition ses propre fonctions réflexives.

Les accueillants apportent une attention particulière au corps et au langage para-verbale de l'adolescent, ce qui contribue à la perception de contenus psychiques infra-verbaux ainsi qu'à une synchronisation et un accordage sensoriel et corporel.

A l'adolescence, le registre du langage et de la symbolisation secondaire n'étant pas capable de prendre valeur communicante et de lien interpersonnel, cette subjectivité est alors de manière préférentielle transmise et véhiculée via le comportement, l'agir et le passage à l'acte, prolongement du corps et de la subjectivité de l'adolescent (Chagnon et Houssier 2012, Roman et Dumet 2009).

L'exemple de la communication primitive entre la mère et son bébé constitue une illustration des processus menant à la constitution d'une Co subjectivité par laquelle le sujet est capable de se représenter progressivement sa subjectivité à travers l'autre, ici à travers le rôle du miroir de la mère (Jung 2015). Grâce au système des neurones miroirs, l'accordage mimico-gestuelle ou sensori-moteur caractéristique des interactions mère-bébé, permettrait le partage d'état interne et l'accordage affectif mutuel.

Le système des neurones miroirs est une série de neurones s'activant lors de la réalisation de séquences motrices et lorsqu'une autre personne la réalise. Il permet d'accéder à l'intention motrice de l'autre et serait la base de la perception des états internes (mentaux et/ou émotionnels) d'autrui et des niveaux d'intentionnalités plus complexes (Gorgieff et Speranza 2014, Lacoboni et Dapretto 2006, Rizzolatti et al. 2009). Pour Roussillon cet accordage sensori-moteur constitue un premier niveau de symbolisation puisque de cette manière l'éprouvé sensoriel et corporel prend valeur de message, puisque en étant reflété par l'autre il est reçu et attesté (Roussillon 2007).

Les accueillants prennent conscience et restituent ce qu'ils perçoivent dans leur ressenti au fur et à mesure de l'entretien. Cette restitution enclenche une circularité et un processus d'harmonisation sémantique et symbolique visant à traduire au niveau du langage le vécu de l'adolescent.

Cette méta communication de l'objet sur les états internes partagés pourrait participer à l'établissement d'un lien entre l'expérience sensori-motrice - le champ préverbal - et l'appareil du langage, appartenant au champ de la symbolisation secondaire (Anzieu et al 2008, Golse 2006, Golse 2013, Stern 2005,).

3 Le paradoxe dans la fonction d'accueillant

Les mouvements projectifs de l'adolescent, la rencontre émotionnelle et les processus d'accordages mutuels de la relation d'accueil, impliquent que l'accueillant puisse accepter de se sentir comme l'autre et supporter l'état de déséquilibre psychique et identitaire potentiel, produit par les émotions et les affects - parfois extrêmes - du patient, sans perdre son sentiment d'identité et sa différence. Autrement dit, la rencontre émotionnelle de la relation d'accueil et avec les adolescents, en général, impliquent un double mouvement : le sujet, projetant ses contenus psychiques, doit pouvoir rencontrer l'objet disposé à la complémentarité (Ferenczi 1968), une disposition de l'ordre de la préoccupation maternelle primaire (Winnicott 1989).

Pour Roussillon (2014), ce processus d'identification au vécu du patient, ou processus empathique de base, est inévitable et agit de manière inconsciente en grande partie.

Pour lui comme pour les accueillants, ce processus apporte un matériel clinique subjectif et une profondeur à l'évaluation clinique qui, sans elle, ne serait que superficielle et intellectuelle. Face à cette menace et au risque que fait courir le partage affectif sur l'organisation psychique du soignant, ce dernier peut donc se défendre contre ce processus

empathique de base, l'empêchant alors d'être appropriable et utilisable dans la relation et pour le soin psychique. Roussillon suggère l'importance de dispositifs faisant tiers qui permettent de réduire suffisamment les risques de confusions identitaires tout en rendant acceptable et utilisable cette identification au vécu du patient.

Les accueillants remarquent que les mécanismes d'identifications, de réceptivité ou d'empathie peuvent être influencés et obscurcis par leurs résonances émotionnelles en lien avec des problématiques personnelles plus ou moins conscientisées. Pour eux, la psychothérapie individuelle les mène à une conscientisation de leurs dynamiques psychiques propices au rétablissement d'une juste posture vis-à-vis de l'adolescent et respectant sa temporalité. Les échanges avec leurs collègues et en particulier avec leur binôme d'accueil les aident à se différencier affectivement de la situation et à retrouver une attitude bienveillante et réceptive.

Les espaces d'échanges et de soutien dédiés au accueillants - qu'il soit dans le cadre personnel ou professionnels - favorisent le développement d'un discernement et d'une discrimination entre ce qui est de l'ordre de l'histoire de l'accueillant, de celle de l'accueilli et de leur subjectivité respective.

Ce travail participe ainsi à la construction d'un certain détachement et d'une bienveillance du soignant, qui aide à l'établissement d'une juste distance relationnelle, celle-ci étant centrale dans la prise en charge des adolescents (Jeammet 2007). Cela permet au soignant d'être en effet plus libres d'enjeux affectifs inconscients personnels qui altèrent la perception de la réalité psychique du patient.

Marcelli rappelle l'importance que les professionnels des MDAs bénéficient d'espaces de supervision professionnelle et personnelle. Pour lui, lorsqu'ils sont associés à une connaissance approfondie de la psychopathologie de l'adolescence et d'une évaluation de tous les domaines de la vie, ces dispositifs apportent un cadre théorique et clinique aux accueillants des MDAs. Un tel cadre leur permet de construire un projet de soin tout en évitant une fixation sur les effets du transfert et un enfermement de la relation sur elle-même (Marcelli 2011).

Les accueillants sont confrontés à des injonctions contraires : celles de l'orientation, couplée à la nécessité de construire une relation significative engageant leur subjectivité. Les processus de partage subjectif les emmènent à considérer la relation d'accueil comme une relation thérapeutique intermédiaire voire à questionner les limites de l'accueil et sa place par rapport à la consultation. Ce conflit entre deux injonctions contraires génère une tension et un stress qui peut pousser les accueillants à négliger la dimension relationnelle et affective. Lorsqu'il s'engage dans la relation et se rend réceptif au vécu émotionnel des accueillis, l'importance du travail émotionnel qui en découle est coûteux en énergie.

Les accueillants deviennent alors avides de temps d'échanges, d'un binôme ou du recours aux collègues, mais aussi d'espaces de supervision voire à rechercher un psychothérapeute individuel leur permettant de maintenir un équilibre psychique et une sérénité émotionnelle. Ces dispositifs recherchés agissent comme des supports affectifs et émotionnels, donnent des ressources psychiques permettant de mieux accueillir les personnes reçues et fonctionnent comme des équivalents de recours à un tiers.

Ces temps de partages sur leur propre vécu subjectif de la relation qu'ils tissent avec les accueillis aident les accueillants à prendre en compte les éléments affectifs et émotionnels projetés et véhiculés lors des entretiens.

Ces dispositifs permettent d'utiliser sereinement le matériel subjectif issu de la rencontre et de rétablir une relation de confiance et d'ouverture mutuelle. Or, ces moyens/outils ne sont pas systématiquement garantis par les institutions parce qu'ils supposent des moyens humains importants.

Lorsque les soignants/accueillants sont livrés à eux-mêmes, sans espaces réflexifs extérieurs leur permettant de retrouver un équilibre interne par l'élaboration consciente des éléments affectifs projetés et véhiculés lors de la relation d'accueil, leurs stratégies d'évacuation et de gestion émotionnelle et relationnelle tendent à osciller entre deux extrêmes : une identification adhésive qui enferme la relation sur elle-même, rendant l'orientation difficile, ou une mise à distance relationnelle par une orientation prématurée qui n'a pas permise la rencontre intersubjective.

4 Forces et Limites

Les forces de l'étude sont :

- (1) La représentativité de l'échantillon utilise parce qu'il inclut plusieurs soignants de différentes formations et sur plusieurs sites ;

- (2) La triangulation de l'analyse et de la synthèse des résultats avec une personne extérieure à l'étude ;
- (3) L'analyse sur une longue période (plus d'un an) ce qui a permis de prendre du recul et d'adapter le questionnaire au sujet de recherche au fur et à mesure des entretiens analyses.

Cependant, il me semble que l'une des limites de l'étude réside dans la prévalence du recrutement de soignants dans des structures hospitalières très centrées sur le médical et offrant de nombreuses modalités de soins (médiations, consultations multiples dont somatiques et psychologique etc.). Cela centralise beaucoup les prises en charges. A mon avis, ces facteurs influencent le travail en réseau, les limites de moyens internes à la MDA nécessitant un recours aux ressources extérieures et un travail de réseau plus intense.

Ces facteurs pourraient limiter la transférabilité des résultats : la présence d'une structure, aux moyens importants, facilite l'investissement de la relation auprès d'un jeune qui sera orienté auprès de collègues ou au sein du même lieu.

Par ailleurs, la majorité des soignants (8 sur 10) travaillaient dans des MDA du 93, lieu où l'hétérogénéité culturelle et la précarité sont importantes. Si la richesse culturelle est une force de l'étude, les facteurs socio-culturels peuvent toutefois influencer la représentation de la maladie mentale et le rapport aux dispositifs de soins (Cauce 2002) : les difficultés sociales peuvent prendre une place importante dans les demandes de consultations d'accueil et modifier le rôle et les objectifs des prises en charge et donc les modalités d'accueil.

5 Perspectives de recherche

Au vu des résultats, en particulier de l'objet d'étude, à savoir les facteurs impliqués dans la construction de l'alliance qui est une dynamique duelle, il semblerait intéressant d'obtenir l'expérience subjective des adolescents et des familles reçus. Cela permettrait d'observer les corrélations et correspondances avec l'expérience des accueillants, d'étayer et de relativiser les hypothèses.

Au vu de l'influence potentielle des ressources locales - en termes de dispositifs de soins et d'aides - et de la structure morale juridique et financière des MDAs sur l'activité de l'accueil, il serait intéressant d'étudier l'expérience des accueillants travaillant au sein de MDAs non hospitalières et dans d'autres localités ou territoires. Cela permettrait aussi d'évaluer en quoi des facteurs culturels peuvent être impliqués dans les situations relationnelles d'absence de demande.

Par ailleurs, les entretiens d'accueil et d'orientation sont des modalités déjà très formalisés (prise de rendez-vous, heures fixes etc.).

Il serait intéressant d'évaluer l'expérience d'accueillants réalisant des accueils sans rendez-vous ou en groupes informels. Le rapport à la demande, au soignant et au soin est probablement différent. Ces autres formes d'accueils sont potentiellement complémentaires aux accueils formalisés. La maturité affective constitue probablement un élément influençant la capacité de s'exprimer sur sa souffrance. Aussi, il serait intéressant sur le plan

épidémiologique d'étudier l'expression psychopathologique de la population adolescente qui a recouru à l'accueil.

Aux vues des hypothèses développées dans l'étude, nous pourrions nous attendre à observer une population d'adolescents plus jeune et à une plus grande prévalence de troubles du comportement chez ceux qui consultent à l'accueil plutôt qu'en consultation individuelle, modalité de soins qui nécessite un plus grand engagement et une demande plus aboutie.

Conclusion

Aujourd'hui il existe plus de 100 maisons des adolescents (MDA) en France. Ce type de dispositif regroupe un ensemble de structures très hétérogènes, au fonctionnement et au cadre qui leur sont propres. La création du dispositif MDA avait pour objectif d'offrir aux adolescents des structures pluridisciplinaires capables de proposer un accueil généraliste et garantissant une prise en charge adaptée aux questions, problématiques et enjeux spécifiques de cette population. L'objectif était aussi celui d'assurer une continuité des soins en lien avec tous les acteurs et dispositifs existants.

L'alliance avec les adolescents constitue un objectif essentiel de l'accueil, lieu d'initiation d'une prise en charge médico-psycho-sociale. Chez les adolescents, la demande d'aide provient régulièrement d'un tiers, l'engagement dans les soins est plus implicite qu'explicite. La relation d'aide implique une relation de dépendance à un professionnel et peut aller à l'encontre de la quête d'autonomie de jeunes. Nous avons donc interrogé le vécu subjectif des soignants et réalisé des entretiens d'accueils dans les MDA afin d'étudier les dynamiques relationnelles et affectives qui se déploient lors des entretiens d'accueil. Nous avons cherché à mieux comprendre les outils permettant de construire la demande et l'alliance.

L'accueil apparaît comme un temps de transition permettant de construire une demande à travers l'établissement d'une représentation consciente, appropriée par l'adolescent pour qu'il communique sa souffrance, ses difficultés et son besoin. Cette construction fait intervenir une dynamique intersubjective. La subjectivité de l'accueillant et son ressenti y sont sollicités comme des supports de représentations et à travers un processus d'accordage mutuel comportemental affectif et cognitif, vecteur de cette co-construction. Parallèlement, il apparaît que les processus de subjectivation et de maturation psychique de l'adolescent constituent l'un des axes du travail des accueillants. Il se forme lors de l'accueil une relation thérapeutique intermédiaire.

Les accueillants estiment important d'assurer un travail collégial et institutionnel, apportant un rôle de médiateur et sous-tendant les possibilités d'une élaboration commune et partagée, soutenant les processus de subjectivation. Les accueillants évoquent cependant leur malaise vis-à-vis d'une pratique hétérogène et d'une difficulté à gérer les contradictions entre nécessité d'orientation et d'engagement affectif et relationnel lors des entretiens d'accueil.

Ces résultats nous ont conduits à discuter la manière dont l'accueillant et l'institution assurent un rôle transitionnel, en particulier à travers l'investissement de l'accueillant par l'adolescent comme un miroir ou objet double de soi. La nécessité d'une relation en miroir, favorisant les processus de symbolisation et de subjectivation, supposent cependant des stratégies différenciatrices et un étayage suffisant des accueillants, en particulier à l'aide de dispositifs d'échanges et de partage sur le matériel subjectif issu de la rencontre. Ainsi l'accordage et l'identification émotionnel et affectif de l'accueillant sont rendus acceptables et utilisables, condition d'une intersubjectivité soignante.

ANNEXES

ANNEXE 1 - Réflexivité

L'objectif est ici de faire part de la démarche personnelle du chercheur et de la manière dont l'étude s'intègre au sein de son parcours et de ses expériences personnelles. Ces éléments, associés à la subjectivité et au contenu des représentations du chercheur, sont susceptibles d'influencer le travail d'analyse et la construction d'hypothèses. Ils peuvent orienter l'interprétation des entretiens. Ces caractéristiques exposées, sont ainsi posées le cadre et les conditions préalables à la démarche de recherche pour mieux appréhender les résultats de l'étude.

I. Réflexivité préalable au début de l'étude

La démarche s'inscrit tout d'abord dans un impératif, celui de réaliser un travail intellectuel en vue d'accéder au statut de médecin. La décision de réaliser une étude qualitative fut prise au cours de la seconde année de mon internat de psychiatrie, alors même j'entamais mon premier stage de pédopsychiatrie qui reliait le domaine de la périnatalité à celle de l'adolescence.

J'ai alors souhaité profiter de la nécessité d'écrire une thèse pour découvrir un domaine à priori assez étranger mais dans lequel je pressentais l'opportunité d'apprendre quelque chose d'essentiel autour des dynamiques relationnelles et des soins psychiques.

Mon orientation initiale me destinait à un parcours scientifique et vers une orientation dans une spécialité somatique. Toutefois, vers la fin de mon externat, j'ai ressenti le besoin de choisir une spécialité qui me permettrait de construire une relation de soin avec mes patients. J'ai pressenti que la présence du soignant et la relation entre lui et son patient avait autant d'impact et de valeur thérapeutique que son expertise et ses capacités d'action biologique. Je me suis alors intéressé à la psychothérapie pour aider les personnes à mieux connaître leurs propres dynamiques psychiques.

J'avais déjà écrit un mémoire dont le sujet était l'influence des profils d'attachement chez les personnes en situation de précarité, sur leur parcours de soins et leur capacité à demander de l'aide. M'était alors apparue essentielle la manière de nouer une relation significative avec les patients pour qu'ils puissent recourir à l'altérité et s'épanouir. Cela venait faire écho avec mon travail et mon expérience au sein de la MDA de Saint-Denis.

J'avais eu l'occasion de me former à plusieurs formes de thérapies brèves. Celles-ci s'adressaient aux adultes. Le nœud central de ces thérapies exigeait du patient une dynamique de changement et la construction d'un objectif clair.

Or, j'ai été rapidement confronté à tout l'inverse !

En effet, sans attendre, j'ai dû réaliser des entretiens d'accueil.

Et, lors de ces entretiens j'ai immédiatement été frappé de la radicale modification du rapport thérapeutique qui se créait avec les adolescents. J'ai été assez déstabilisé par les nouvelles exigences que cela demandait.

Ainsi la pratique d'accueil s'est révélée être la source de multiples questionnements quant au mode opératoire psychiatrique. Il m'a bien fallu reconstruire et revoir celui-ci ainsi que mes attentes envers mes patients.

La question latente était toujours la même : comment construire l'alliance face à une personne qui ne voit pas le « problème ».

Enfin, je souhaitais rendre hommage aux soignants, non médecins. Pour cela, j'ai décidé de témoigner et transmettre leur expérience d'une pratique très exigeante et sur laquelle il y avait peu de recul et de retour.

L'hétérogénéité des personnes et des parcours, notamment professionnels, des accueillants a été l'occasion d'explorer des dynamiques de soins qui ne dépendaient par forcément du bagage théorique des personnes ni de leurs connaissances intellectuelles. J'avais envisagé la possibilité que des mécanismes implicites puissent se déployer en lien avec la rencontre entre deux personnes et que celle-ci puisse être effective et impliquer l'être, la subjectivité et les ressentis comme un outil de travail.

La simplicité du protocole m'a permis de réaliser mon étude sur plusieurs sites. Cela me paraissait d'autant plus indispensable que chaque MDA fonctionne de manière différente.

II. Evolution de la réflexivité au cours de la recherche

J'ai été touché par la manière dont ce travail a été reçu positivement par les participants. J'ai pu noter comment, pour eux, les entretiens ont constitué un espace réflexif qui leur a permis de prendre conscience de leur propre pratique. J'ai aussi perçu comment ils se sont appropriés ces entretiens. En effet, cela a été une opportunité d'expression et un espace de liberté, un espace vécu comme « autre », délié de la MDA et en même temps se déroulant en son sein. Les entretiens pouvaient alors et parfois provoquer chez certains accueillants une forme de soulagement voir une satisfaction, peut-être celui d'avoir été reconnus dans leur travail. Ceci a été pour moi très gratifiant et a participé au plaisir de réaliser les entretiens.

Cela était d'autant plus encourageant que j'avais initialement craint que ma démarche soit perçue comme une forme d'intrusion ou une tentative du corps médical d'exercer une surveillance et un contrôle sur une pratique pour laquelle les accueillants avaient une certaine liberté, pouvaient exprimer leur compétence clinique et exercer leur compétence soignante. Ces retours positifs et le relatif enthousiasme des participants m'a alors permis d'explorer, de manière plus approfondie, le vécu des soignants et a donc enrichie mes résultats de plus d'authenticité et d'intimité. Cela a été essentiel pour mon sujet de recherche.

L'analyse des résultats s'est faite lors de mon deuxième stage de pédopsychiatrie au sein d'une unité d'hospitalisation pour adolescents.

J'ai pu y percevoir l'importance du travail institutionnel pour la prise en charge des adolescents et la manière dont leur propre vécu pouvait influencer et remodeler leur environnement à l'image d'un miroir extérieur d'un vécu interne que l'adolescent n'était pas à même de transformer et d'intégrer au sein de son espace réflexif interne.

Je voyais alors comment l'environnement était sollicité inconsciemment comme un appareil psychique externe et l'impératif d'un travail d'accordage et de représentation dans la pluridisciplinarité. Je n'avais pour autant lu que très peu d'ouvrages à ce sujet et ma connaissance théorique générale sur la spécificité de la psychopathologie à cet âge ne s'est étoffée que lors de la rédaction de l'introduction de la thèse.

Là, il est étonnant de voir comment ce que j'ai pu lire est venu étayer et, aussi, faire écho à ce que j'avais pu observer indirectement dans le vécu des soignants. Ainsi le travail d'analyse et cette étude ont constitué pour moi une modalité réflexive qui m'a permis indirectement de prendre conscience de ma pratique, de ce que je faisais inconsciemment ou non et d'ajuster au fur et à mesure certains aspects (mes attitudes, mes analyses...).

Cette étude était aussi pour moi une manière de rendre hommage aux soignants du quotidien. Ces soignants se rendent disponibles et s'engagent à donner du sens et de l'humanité dans les relations qu'ils tissent avec les patients. Ce travail réaffirme la valeur thérapeutique de la relation qui parfois – peut-être du fait de son caractère immatériel - n'est pas reconnu à sa juste valeur.

ANNEXE 2 - Formulaire d'information pour les soignants

TITRE : ÉTUDE QUALITATIVE SUR L'EXPERIENCE SUBJECTIVE DES SOIGNANTS REALISANT LES ENTRETIENS D'ACCUEIL AU SEIN DE MAISONS DES ADOLESCENTS

L'objectif de ce document est de fournir toutes les informations qui vous permettront de comprendre le but de cette étude, ainsi que ses contraintes et l'intérêt qu'elle peut présenter. N'hésitez pas à demander des explications au chercheur qui vous propose ce projet.

Quel est l'objectif de cette étude ?

L'objectif de cette étude est de mieux appréhender les enjeux relatifs aux entretiens d'accueil, la nature de la relation thérapeutique qui s'y opère ainsi que les processus psychiques et affectifs propres à l'accueillant qui sont concernés dans le développement de l'alliance avec les adolescents.

Pourquoi cette étude ?

L'accueil est un moment clef dans la constitution d'une alliance thérapeutique avec les adolescents, d'autant qu'il est parfois difficile d'obtenir d'eux une demande claire, définie et qu'ils sont fréquemment impliqués dans les soins psychiques de manière indirecte, régulièrement par le biais de sollicitations extérieures (parents, institutions, école).

L'accueil est classiquement le moment d'initiation d'une prise en charge, or elle implique la rencontre avec un soignant qui doit être en mesure d'établir un environnement et une disposition affective propice au développement de la confiance et du lien affectif, qui sont des éléments clefs dans la construction de l'alliance, en particulier avec les enfants et les adolescents.

Or il est difficile de comprendre comment chaque soignant travaille cette étape clef de l'accueil sans interroger leur expérience, du fait de la nature relationnelle et singulière de la rencontre entre deux personnes. Nous voulons interroger les professionnels qui réalisent les entretiens d'accueils au sein de Maisons d'Adolescents.

Grâce au recueil de votre expérience, nous espérons pouvoir faire émerger des hypothèses théoriques qui permettrait de mieux comprendre les enjeux de la relation d'accueil, d'éclairer et de guider les professionnels en prise avec cette pratique.

Libre choix de participation :

Vous êtes entièrement libre de décider de votre participation et l'équipe de recherche se tient à votre disposition pour répondre à toutes les questions que vous pourrez vous posez.

Conditions de participation :

Vous êtes un professionnel exerçant au sein d'une Maison des Adolescents et vous réalisez des entretiens d'accueil avec les adolescents.

Comment cela va-t-il se passer ?

Après avoir obtenu votre accord et répondu à vos questions, nous organiserons un entretien individuel semi-structuré d'environ 1 heure sur la thématique. L'entretien sera enregistré.

Les enregistrements seront détruits et la transcription anonymisée.

La participation à l'entretien vaut consentement à la recherche.

Ce projet a reçu un avis favorable du CEERB/IRB00006477 le 28 juin 2018.

Si vous désirez davantage d'information

Dr Tom FREUNDLICH: xxxxx@hh.jkj

ANNEXE 3 – Guide d’entretien semi-structuré

TITRE : EXPERIENCE SUBJECTIVE DES SOIGNANTS DANS LES MAISONS D’ADOLESCENTS AU COURS DES ENTRETIENS D’ACCUEIL

- 1) Quel est pour vous l'objectif des entretiens d'accueil ?
- 2) Comment définiriez-vous un entretien réussi ? Un entretien difficile ?
- 3) Quelle place donnez-vous à vos ressentis et vos émotions durant les entretiens d'accueil ?
- 4) Comment votre formation pourrait-elle être adaptée pour mieux répondre à ces questions ?

BIBLIOGRAPHIE

Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23(1), 1–33. URL: http://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user11/a_review_of_therapist_characteristics_and_techniques_positive.pdf

Amara F, Naves P. (2013). Évaluation de la mise en place du dispositif “maison des adolescents” (MDA). *Inspection Générale des Affaires Sociales*. URL: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-142P_MDA_doc.pdf

Anzieu, D., Chabert, C., Cupa, D., Kaës, R. & Roussillon, R. (2008). Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites. Toulouse, France: *ERES*. doi:10.3917/eres.rouss.2008.01.

Arnett JJ. (2000). Emerging adulthood : A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469-480. DOI: 10.1037//0003-066X.55.5.469

Barraband G. (2015). La Maison des adolescents des Hauts-de-Seine. *Pratiques en santé Mentale*, 3(61), 9-12. DOI 10.3917/psm.153.0009.

Belloncle V, Fuseau A. (2011). Les Maisons des adolescents et le « réseau » : du secret à la confusion. *Perspectives Psy*, 50(3), 288-291. URL : <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2011-3-page-288.htm>.

Benoit JP, Smadja R, Benyamin M, Moro MR (2011). Construire une relation de soins avec les adolescents. Qu'apporte le nouveau dispositif des Maisons des adolescents ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(2), 86–93. DOI : 10.1016/j.neurenf.2010.07.007

Benoit L, Cottin P, Moro MR (2018). What is a “Maison des Adolescents”? A history of integrated youth health care services in France. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(5), 1–6. DOI : 10.1111/eip.12680.

Benoist P, Dahan P, Damour D, Daudy F, Perret A, Reyrolle L. (2011). Les Maisons des adolescents sont-elles politiquement correctes ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(2), 27–28. URL : <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2010.04.002>

Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation ? *Le Carnet PSY*, 96(1), 24-27. doi:10.3917/lcp.096.0024.

Betan E. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *Am J Psychiatry*, 162(5). 890–898. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.890

Biggerstaff DL, Thompson AR. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Qualitative Methodology of Choice in Healthcare Research, *Qualitative Research in Psychology*, 5(3), 73 – 183. URL:

https://www.researchgate.net/publication/47553068_Interpretative_Phenomenological_Analysis_IPA_A_Qualitative_Methodology_of_Choice_in_Healthcare_Research

Bioy, A. & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, vol. 49(4), 317-326.

<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm>.

Blakemore SJ. (2018). Inventing ourselves : the secret life of the teenage brain. *Public Affairs*, 256p.

Boë, E., Lestideau, K., Papanicolaou, G., Moulay, T. & Wernoth, C. (2012). Escale Ado, une vraie-fausse maison des adolescents. *Adolescence*, 80(2), 433-446.

doi:10.3917/ado.080.0433.

Bor W, Dean AJ, Najman JM, Hayatbakhsh R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century ? A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606-616. URL :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24829198>.

Brauner R. (2006). Puberté normale et pathologique. *Traité de Médecine Akos*, 3-0721, 1-7.

Doi: 10.1016/S1634-6939(06)36165-0

Bronsard G. (2010). Les Maisons de l'adolescent ont-elles une place spécifique dans le traitement de la violence ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59(2), 99-102. doi : 10.1016/j.neurenf.2010.07.010.

Buisson JR. (2010). La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge. *Rapport du Conseil économique, social et Environnemental*.

Byrd K, Turchik JA, Patterson CL. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 2010, 47(4), 631-636. DOI: 10.1037/a0022080.

Cahn, R. (2006). La subjectivation et ses vicissitudes. *Le Carnet PSY*, 109(5), 21-23. doi:10.3917/lcp.109.0021.

Cauce AM, Paradise M, Domenech-Rodriguez M, Cochran BN, Munyi Shea J, Srebnik D, Baydar N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking : a focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44-55. Doi : 10.1037//0022-006X.70.1.44

Chagnon, J. & Houssier, F. (2012). L'illusoire attente de la demande. *Adolescence*, 82(4), 919-933. doi:10.3917/ado.082.0919.

Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 397-433. doi:10.3917/jpe.004.0397.

Copeland WE, Shanahan L, Davis M, Burns BJ, Angold A, Costello EJ. (2015). Increase in Untreated Cases of Psychiatric Disorders During the Transition to Adulthood. *Psych.Serv*, 66(4), 397-403. doi: 10.1176/appi.ps.201300541.

Coppens E, Vermet L, Knaeps J, De Clerck M, De Shrijver I, Matot JP, Van Audenhove CH. (2015). Adocare - adolescent mental health care in europe : state of the art, recommandations and guidelines by ADOCARE network. URL : <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-UK-2015.pdf>

Coughlan H, Cannon M, Shiers D, Power P, Barry C, Bates T, McGorry P. (2013). Toward a new paradigm of care: The International Declaration on Youth Mental Health. *Early Intervention in Psychiatry*,7(2), 103–108. URL : <https://epubs.rcsi.ie/psychart/32/>

Cottin P. (2016). Note ANMDA : Les conditions de réussite d'une MDA. URL: http://www.anmda.fr/uploads/tx_news/Note_ANMDA-Les_conditions_de_reussite_d_une_MDA-8.04.2016.pdf

Crommelinck-de Henau, B. (2007). À corps perdu : quand les adolescents mettent à l'épreuve les soignants. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 28(1), 239-256. doi:10.3917/cpc.028.0239.

Delbrouck M. (2016). La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie. *Carrefour des psychothérapies*, Ed. De Boeck supérieur. 512p

Denis, P. (2006). Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), 331-350. doi:10.3917/rfp.702.0331.

Devernay M. , Viaux-Savelon S. (2014). Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître. *Réalités pédiatriques*. 187(1), 1-7. URL : http://www.sfsante-ado.org/wp-content/uploads/2013/02/00_Dos_Devernay_Neuro.pdf

Discour V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 50(1), 40-46. doi:10.3917/lcd.050.0040.

Estellon, V. (2014). *Les états limites*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. 128p.

Farmer E, Burns BJ, Phillips SD, Angold AM, Jane Costello EJ. (2003). Pathways into and Through Mental Health Services for Children and Adolescents. *Psych. Serv.*, 54(1), (60-66). URL : <http://psychservices.psychiatryonline.org>

Fegelson CI. (1974). A comparison between adult and child analysis. *Journal of the American psychoanalytic association*, 22(3), 603-611.

DOI : <https://doi.org/10.1177/000306517402200308>

Ferenczi, S. (1968). *Transfert et introjection*, Payot, 144p, ISBN : 9782228909730

Ferron P, Pottier I, Berges L. (2011). Fonctionnement et originalité du dispositif « Maison des adolescents (MDA) du Tarn-et-Garonne ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de L'Adolescence*, 59(2), 103-107. Doi : 10.1016/j.neurenf.2010.06.008

Fleurian A, Genvresse P. (2011). La Maison des adolescents, écho d'un changement sociétal ? Perspectives historique, fonctionnelle et psychodynamique d'un dispositif de

soin. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(2), 75–80. Doi :10.1016/j.neurenf.2010.04.001

Florin A. (2018). La psychologie du développement - Enfance et adolescence. *Dunod*, 128p. EAN : 9782100762170

Fuseau A, Moro MR (2011). Les maisons des adolescents, unité et diversité. *Gestions hospitalières*, 511. 2011.

Fuseau, A. (2015). 16 ans de fonctionnement à la Maison de l'Adolescent du Havre. *Pratiques en santé mentale*, 61 (3), 4-8. doi:10.3917/psm.153.0004.

Gallais C, Bapt-Cazalets N. (2011). Accueillir dans les Maisons des adolescents : une fonction d'accueil spécifique ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 59(1), 5–9. Doi : 10.1016/j.neurenf.2010.07.001.

Gallese V, Eagle MN, Migone P. (2007). Intentional Attunement : Mirror Neurons and the Neurol Underpinnings of Interpersonal Relations. *Journal of the American Psychoanalysis Association*, 55(1), 131-176. DOI: 10.1177/00030651070550010601

Gelso CJ. Countertransference Management and Therapy Outcome: An Initial Evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 2002, 58(7), 861–867. DOI: 10.1002/jclp.2010

Gilloots, M. (2006). De quelle maison ont besoin les adolescents ? À propos du projet de Maison des Adolescents pour les Hauts-de-Seine. *La lettre de l'enfance et de L'adolescence*, 63(1), 55-59. doi:10.3917/lett.063.59.

Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry PD. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles.

Epidemiol Psychiatr Sci, 21(1), 47-57.

URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22670412>

Golse, B. (2006). De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation). *Le Carnet PSY*, 109(5), 25-29. doi:10.3917/lcp.109.0025.

Golse, B. (2012). Un adolescent tout seul, cela n'existe pas: L'adolescent et sa famille revisités par les nouvelles connaissances sur le bébé. *Dialogue*, 198(4), 19-30. doi:10.3917/dia.198.0019.

Golse, B. (2013). De la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire: Plaidoyer pour un gradient spatio-temporel continu autour de la notion d'écart. *Cahiers de psychologie clinique*, 40(1), 151-164. doi:10.3917/cpc.040.0151.

Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis, *Lancet*, 377(9783), 2093-2102. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60512-6.

Gorgieff, N, Speranza, M. (2013). Psychopathologie de l'intersubjectivité, Cliniques et modèles. *Elsevier Masson*. 272p. ISBN: 9782294735073/9782294082887

Granier, E. (2013). Les Maisons des adolescents : du solide ?. *VST - Vie sociale et traitements*, 119(3), 68-74. doi:10.3917/vst.119.0068.

Guedeney N., Guedeney A. (2015). L'attachement: Approche théorique. *Elsevier*, 376p. ISBN: 9782294745799

Guedeney N., Guedeney A. (2016). L'attachement: Approche clinique et thérapeutique. *Elsevier*, 425p. ISBN : 978-2-294-74519-5

Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(113), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

Hayes JA. (1991). Managing Countertransference: What the Experts Think. *Psychological Reports*, 69(1), 139-148. DOI : <http://dx.doi.org/10.2466/PRO.69.5.139-148>

Hayes JA, Gelso CJ, Hummel AM. (2001). Managing countertransference. *Psychotherapy (Chic)*, 2011, 48(1), 88-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022182>

Hennion-Diop, S. (2009). Attention et bienveillance. *Les Cahiers Dynamiques*, 44(2), 72-74. doi:10.3917/lcd.044.0072.

Hetrick SE, Bailey AP, Smith KE, Malla AK, Mathias S, Singh SP, McGorry PD. (2017). Integrated (one-stop shop) youth health care: best available evidence and future directions. *The Medical Journal of Australia*, 207(10), 5-18. doi: 10.5694/mja17.0069

Huerre, P. (2011). 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*, 59(2), 70-74. Doi : 10.1016/j.neurenf.2010.07.006

Jeammet P. (1980). Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Revue Française de Psychanalyse, PUF*, 3-4, 481-521. DOI : 10.3917/dunod.drie.2013.01.0307

Jeammet, P. (2005). Le passage à l'acte. *Imaginaire & Inconscient*, 16(2), 57-63. doi:10.3917/imin.016.0057

Jeammet, P. (2007). L'adolescence aujourd'hui, entre liberté et contrainte. *Empan*, 66(2), 73-83. doi:10.3917/empa.066.0073

Jeffrey, D. (2008). Les rites de passage à l'adolescence. Dans : David Le Breton éd., *Cultures adolescentes: Entre turbulence et construction de soi* (pp. 97-110). Paris: Autrement.

Jillian M. (2015). Exploring the Therapeutic Alliance with Adolescents and Their Caregivers: A Qualitative Approach. *Theses and Dissertations-Family Sciences*. URL : https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1031&context=hes_etds

Jones RA. (2014). Therapeutic relationships with individuals with learning disabilities: a qualitative study of the counselling psychologists' experience. *British Journal of Learning Disabilities*, 42(3), 193-302. DOI : <https://doi.org/10.1111/bld.12028>

Jung, J. & Roussillon, R. (2013). L'identité et le « double transitionnel ». *Revue française de psychanalyse*, vol. 77(4), 1042-1054. doi:10.3917/rfp.774.1042.

Jung, J. (2014). Formes transitionnelles du double à l'adolescence. *Perspectives Psy*, 53(1), 73-79. doi:10.1051/ppsy/201453173.

Jung, J. (2015). Le narcissisme primaire, le double et l'altérité. *Recherches en psychanalyse*, 19(1), 77-86. doi:10.3917/rep.019.0077.

Jung, J. (2016). *Le sujet et son double: La construction transitionnelle de l'identité*. Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.jung.2015.01.

Jung, J. & Francisco, A. (2017). Le double : un opérateur thérapeutique dans la clinique des souffrances narcissiques-identitaires ?. *Psychothérapies*, 37(4), 253-260. doi:10.3917/psys.174.0253.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602. DOI:10.1001/archpsyc.62.6.593

Lauru D. (2016). De la necessite de faire institution pour les adolescents. *Psychiatrie, psychanalyse et societe*, 5(2). URL : <http://www.revue-pps.org/de-la-necessite-de-faire-institution-pour-les-adolescents/>

Leslie DL, Rosenheck RA, Horwitz SM. (2001). Patterns of mental health utilization and costs among children in a privately insured population. *Health Serv Res*. 36(1), 113-127.

Lida-Pulik H, Enjolras F, Isserlis C. (2011). Les maisons des adolescents : Une rencontre innovante entre générations ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(2), 81-85. Doi : 10.1016/j.neurenf.2010.07.009

Mallinckrodt B. (2000). Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 239-266. DOI: 10.1093/ptr/10.3.239

Malterud K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. DOI : 10.1016/S0140-6736(01)05627-6

Marcelli, D. (2007) Adolescence et subjectivation : une deconstruction de l'intersubjectivite ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(5-6), 251-257. doi:10.1016/j.neurenf.2007.06.014

Marcelli D. (2011). Les "maisons d'adolescents" : Le défi de l'accueil et de l'écoute. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(2), 1-4. Doi : 10.1016/j.neurenf.2010.07.005

Mays N, Pope C. (2000). Qualitative Research in Health Care, Assessing Quality in Qualitative Research. *BMJ*, 2000, 320(7226), 50-52. DOI: 10.1136/bmj.320.7226.50

McGorry P, Bates T, Birchwood M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: Examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(54), 30-35. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119214.

McGorry P, Goldstone SD, Parker AG, Rickwood DJ, Hickie IB. (2014). Adolescent mental health 2, Cultures for mental health care of young people: an Australian, blueprint for reform. *The Lancet*, 1(7), 559-568. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00082-0.

Meier DE, Back AL, Sean Morrison R. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA*, 286(23), 3007-3014. DOI:10.1001/jama.286.23.3007

Moro, M. (2006). La Maison des adolescents d'Avicenne, Casita. L'art du passage. *Le Carnet PSY*, 105(1), 26-29. doi:10.3917/lcp.105.0026.

Moro, M. (2012). Les maisons des adolescents, un nouveau concept ? *Adolescence*, 80(2), 287-295. doi:10.3917/ado.080.0287.

Norcross JC, Wampold BE. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships : research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (chic)*, 48(1), 98-102. doi: 10.1037/a0022161.

Paris, H. (2012). L'accueil, temps thérapeutique au sein d'une Maison des adolescents. *Le Coq-héron*, 209(2), 82-85. doi:10.3917/cohe.209.0082.

Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313. Doi :10.1016/S0140-6736(07)60368-7.

Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, Mackinnon A, Carlin JB, Degenhardt L, Olsson CA, Moran P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents : a 14-years prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926), 1404-1411. RUL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24439298>.

Peuch-Lestrade, J. (2006). L'analyse des transferts sur l'institution. *Revue française de psychanalyse*, vol. 70(4), 1093-1108. doi:10.3917/rfp.704.1093.

Poitou, P., Maillet, B., Brugallet-Collet, L., Burban, B., Cottin, P. & Picherot, G. (2012). « Va à la MDA »: Ou l'art de favoriser une confrontation sécurisée. *Adolescence*, 80(2), 349-357. doi:10.3917/ado.080.0349.

Pope C, Mays N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, 311(6996), 42-45. DOI : <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6996.42>

Pope C, Ziebland S, Mays N. (2000). Qualitative Research in Health Care, Analysing Qualitative Data. *BMJ*, 320(7227), 114-116. doi: 10.1136/bmj.320.7227.114

Pripis C, Andrieux V, Mille, C, Duriez S. (2011). La “maison” des adolescents : Du concept de maison au lieu “de passage” adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(2), 10–20. Doi : 10.1016/j.neurenf.2010.06.012.

Pugh MA, Vetere A. (2009). Lost in translation: an interpretative phenomenological analysis of mental health professionals' experiences of empathy in clinical work with an interpreter. *Psychol Psychother*, 82(3), 305-321. doi: 10.1348/147608308X397059.

Quentel, Jean-Claude. L'adolescent aux sources du lien intersubjectif. Questions d'orientation, *Éditions Qui plus est*, 2015. URL: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01973466/document>

Rasic D. (2010). Countertransference in Child and Adolescent Psychiatry-A Forgotten Concept? *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 19(4), 249-254. URL : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962536/pdf/cacap19_4p249.pdf

Reid K, Flowers P, Larkin M. (2005). Exploring Lived Experience. *The Psychologist*, 18(1), 20-23. URL:

https://www.researchgate.net/profile/Paul_Flowers/publication/221670347_Exploring_lived_Experience/links/0922b4f57ab3ca3a29000000/Exploring-lived-Experience.pdf

Rentmeester CA, George C. (2009). Legalism, countertransference, and clinical moral perception. *Am J Bioeth*, 9(10), 20-28. doi: 10.1080/15265160902985001.

Rizq R, Target M. (2008). 'The power of being seen': an interpretative phenomenological analysis of how experienced counselling psychologists describe the meaning and significance of personal therapy in clinical practice. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(2), 131-153. DOI : <https://doi.org/10.1080/03069880801926418>

Roman, P. & Dumet, N. (2009). Des corps en acte. Désymbolisation/symbolisation à l'adolescence. *Cliniques méditerranéennes*, 79(1), 207-227. doi:10.3917/cm.079.0207.

Roussillon, R. Le travail de symbolisation. *Exploration en psychanalyse*. URL : <https://reneroussillon.com/le-travail-de-symbolisation/>

Roussillon, R. (1997). La fonction symbolisante de l'objet. *Exploration en psychanalyse*. URL : <https://reneroussillon.com/symbolisation/fonction-symbolisante-de-lobjet/>

Roussillon, R. (2007). Le Moi-peau et la réflexivité. *Le Carnet PSY*, 118(5), 23-27. doi:10.3917/lcp.118.0023.

Roussillon, R. (2013). Symbolisation primaire et secondaire. *Exploration en psychanalyse*. URL :<https://reneroussillon.com/symbolisation/symbolisation-primaire-et-secondaire/>

Roussillon, R. (2014). L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique. *Cliniques*, 8(2), 122-138. doi:10.3917/clini.008.0122

Sandler J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3(1), 43-47. URL : <http://icpla.edu/wp-content/uploads/2012/10/PEP-Web-Countertransference-and-Role-Responsiveness.pdf>

Smith J. (2008). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. Sage Publications, 288p. ISBN : 978-1412930840

Smith A. (2014). Mindfulness Based Cognitive Therapy for Mental Health Professionals: A Long-Term Qualitative Follow-up Study. *Mindfulness*, 5(3), 268-275. DOI: 10.1007/s12671-012-0176-4

Stern, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ?. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 35(2), 29-42. doi:10.3917/ctf.035.0029.

Tyrell CL, Dozier M, Teague GB, Fallot RD. (1999). Effective Treatment Relationships for Persons with Serious Psychiatric Disorders: The Importance of Attachment States of Mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 725-733. doi:10.1037/0022-006X.67.5.725

Versini D. (2007). Adolescents en souffrance : Plaidoyer pour une véritable prise en charge. *Rapport thématique 2007 de la défenseure des enfants*. URL : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brpref=074000719 &brp file=0000.pdf>

Versini D. (2011). Toucher les jeunes là où ils sont et là où ils en sont. Dominique Versini-Défenseure des enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 59(2), 69-69. Doi : 10.1016/j.neurenf.2010.03.006.

Viner RM, Barker M. (2005). Young people's health : the need for action. *BMJ*, 330(1), 901-903. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7496.901>

Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincup HA, Wells KB, Kessler RC. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 603-613. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.603

Winnicott DW. (1949). Hate in countertransference. *The international journal of Psychoanalysis*, 30. 69-74.

URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330380/pdf/348.pdf>

Winnicott, DW. (1975). Jeu et réalité : l'espace potentiel. *Folio essais*. 288p. ISBN : 9782070419845

Winnicott, DW. (1989). De la pédiatrie à la psychanalyse. *Payot*, 464p. EAN13:9782228881173

Title: Studying the subjective experience of professionals conducting initial interviews and evaluation in “Maisons des adolescents”: a qualitative study

Adolescent care centers, or “Maisons d’Adolescents” (“MDAs”), are designed to welcome, assist, guide and treat teenagers in difficulty. The first step in this process consists of initial interviews and evaluations conducted by health care professionals and social workers. Because of the diversity and complexity of cases encountered, the MDA health care professionals must possess a variety of relational skills and competencies to properly conduct these interviews. The purpose of this study is to analyze the subjective experience of MDA health care professionals and social workers doing initial interviews in order to identify these relational skills and competencies. The study involves semi-structured interviews of MDA professionals in three different MDAs. The results show the importance for the adolescent to objectify his experience in his own words and from his own perspective. This process occurs through the intervention of the subjectivity of the professional and a shared experience between the adolescent and the caregiver which enable the latter to guide the adolescent through his feelings. The bond and the working alliance thus formed is an essential step towards further investment of the adolescent with other professionals and services and the development of help-seeking behavior. We have discussed the importance of inter-subjectivity and mirrored experiencing in the building of representations and symbolization as well as the importance of ways of supporting professionals experiencing shared emotions with their patients. These results would benefit from complementary studies analyzing the experience of families and adolescent.

KEY WORDS : Youth mental health, one stop shop, initial evaluation, working alliance, youth help seeking, qualitative study

Titre : Étude qualitative sur l'expérience des soignants réalisant les entretiens d'accueil au sein de Maisons des Adolescents

L'accueil et l'orientation, missions des Maisons des Adolescents, est assurée par des entretiens soignants *d'accueil et d'orientation*. La grande variété des situations accueillies au sein d'une Maison des Adolescents, impose une variété de pratiques et des professionnels intervenants. Cette pratique originale nécessite d'être explorée afin d'en cerner les bénéfices et les limites. L'objectif était d'explorer l'expérience des soignants qui réalisent les entretiens d'accueil des adolescents, au sein de Maisons d'Adolescents, afin de mieux identifier les outils relationnels et les compétences nécessaires à la formation du lien avec les adolescents et leur ancrage dans une prise en charge soignante. La méthode consistait en une analyse qualitative d'entretiens semi-structurés de professionnels de santé qui reçoivent des adolescents dans le cadre d'entretiens d'accueil au sein de trois Maisons des Adolescents. L'analyse des résultats a montré que l'élaboration d'une demande de soins par les adolescents nécessite, de leur part, la construction d'une représentation élaborée et appropriée. L'intervention de la subjectivité de l'accueillant apparaît fondamental dans le cheminement de la demande à travers l'établissement d'un espace commun d'expérience avec l'accueilli. Les résultats nous ont emmené à discuter du rôle de l'intersubjectivité et des interactions, en miroir, dans les processus de symbolisation et de subjectivation et de la nécessité d'espaces réflexifs facilitant l'engagement de la subjectivité de l'accueillant. Ces résultats nécessitent néanmoins des études complémentaires et notamment l'interrogation du vécu des adolescents et des familles accueillis.

MOTS CLEFS : MDA, accueil, intersubjectivité, alliance, relation, demande, subjectivation, étude qualitative