



Association Nationale
Maison Des Adolescents

DES CONDITIONS DE RÉUSSITE D'UNE MDA...

Avril 2016

Cette note est proposée par les membres du bureau de l'ANMDA à partir des 10 années d'expérience des MDA depuis la circulaire et le cahier des charges de leur création en 2005.

Elle s'inscrit dans ce moment où des réflexions sont en cours concernant le bien-être et la santé des jeunes. L'ANMDA, et les MDA qu'elle représente, est invitée à y participer fortement par la place singulière que les MDA occupent, en interface, en porte d'entrée unique, entre tous ceux qui reçoivent des adolescents et les services dont ils ont besoin, notamment de soin somatique et psychique.

Elle a vocation à décrire les conditions qui permettent de garantir la bonne implantation d'une MDA sur le territoire qui lui est assigné et de mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues par le cahier des charges qui préside à sa création d'une part, et par les dynamiques locales qu'elle a su impulser d'autre part.

Les MDA sont des dispositifs d'accueil, de prévention, d'évaluation, d'orientation et de prise en charge multidisciplinaire de courte durée pour les adolescents, leur famille ainsi que les professionnels de l'adolescence. Elles doivent être facilement accessibles et repérables sur un territoire donné, le plus souvent un département. Plusieurs éléments aux niveaux local, régional et national apparaissent aujourd'hui nécessaires pour les consolider.

SUR LE PLAN LOCAL

1. Initier une intention partagée par tous les acteurs de l'adolescence sur les territoires

Partagé par les partenaires concernés par l'adolescence, en premier lieu les acteurs chargés des politiques publiques d'État et des collectivités territoriales (Délégations Territoriales des Agences Régionales de Santé, Rectorats/Directions des Services Départementaux de l'Éducation Nationale, Directions Départementales de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Directions Départementales de la Cohésion Sociale, Conseils Départementaux, Villes, Communautés de Communes et Communautés d'Agglomérations, Préfectures...) mais aussi les acteurs en charge de leur mise en œuvre (le champ sanitaire - Pédiatrie/pédopsychiatrie/psychiatrie - les établissements d'enseignement, les Missions locales, La Prévention spécialisée, les Centres de Planification et d'Éducation Familiale...) **l'accord entre tous ces acteurs doit porter sur :**

- ✚ L'intérêt partagé de **proposer un espace d'accueil, d'accompagnement et/ou de prise en charge pour tous les adolescents - en population générale mais aussi pour ceux les plus en difficulté** - accessible, gratuit, confidentiel, voire anonyme si nécessaire. La MDA est **une porte d'entrée unique pour toutes les problématiques adolescentes, anciennes ou contemporaines** (la radicalisation...) **y engageant sa responsabilité**. Elle est **un espace d'interface** entre les structures en charge d'adolescents – plus spécifiquement les établissements scolaires – et les services plus spécialisés, notamment de psychiatrie (la représentation des soins psychiatriques en population générale reste aujourd'hui encore très problématique et n'en facilite pas l'accès). Dans ses

missions de partenariats, **la MDA sera « efficace » si ses partenaires sont eux-mêmes en capacité d'accueillir les jeunes adressés dans de bonnes conditions, notamment dans les délais de la temporalité adolescente.**

- ✚ La nécessité de **mettre en commun des moyens pour faciliter les parcours de « santé » en intégrant des personnels d'origine institutionnelle diverses** et de métiers différents au sein d'un même dispositif. Les temps de mise à disposition devront être suffisamment conséquents pour permettre l'émergence d'une culture commune et « faire équipe ». Cette équipe pluri institutionnelle et pluridisciplinaire sera animée par **un coordinateur** de la MDA.
- ✚ La volonté de **confier à ce dispositif des missions de coordination**, à la fois sur les parcours de santé et sociaux-éducatifs des jeunes mais aussi concernant la coordination des acteurs eux-mêmes - pour mieux se connaître, se reconnaître dans les missions, responsabilités et limites de chacun, pour se former ensemble et proposer des projets cohérents et coordonnés. Les MDA devront s'intégrer dans le nouveau paysage en santé à travers leur inscription dans les Contrats territoriaux de santé, les Contrats Territoriaux de Santé Mentale, les Coordinations Professionnelles de Territoire... Forte de cette position singulière, les MDA pourront agir leur mission de prévention - en particulier des risques de ruptures de parcours, du fait de l'âge, du cloisonnement des dispositifs, des déménagements...- et adresser, accompagner vers les services de soins seulement quant ceux-ci s'avèrent nécessaires, permettant de **faire baisser la pression sur les CMP** notamment. Les MDA pourront également animer et coordonner les commissions dédiées aux parcours complexes en santé et plus largement aux « situations d'incapacité ». Elles doivent, de ce fait, également assumer des responsabilités d'expérimentations, sur des dispositifs innovants imaginés conjointement avec les autorités de tutelles, les collectivités et les acteurs locaux (équipes mobiles, réseau de prise en charge des Mineurs Isolés Etrangers, plateformes de prévention de la radicalisation...).
- ✚ L'exigence d'**être adossé aux services hospitaliers** pour faciliter les parcours de santé nécessaire aux jeunes et aux familles.
- ✚ L'opportunité de **développer une veille partagée** sur les problématiques spécifiques au territoire concerné et sur les symptômes émergents de l'adolescence contemporaine.
- ✚ L'attention particulière pour **accorder une place aux parents**, et ceci dès l'ouverture de la MDA. A ce titre, les liens avec les REAAP et autres réseaux de parents doivent être regardés avec attention.

2. Créer une instance de pilotage ad hoc pour conforter les partenariats

Cette intention partagée doit se concrétiser par **un Comité de pilotage et une administration des MDA** dans lesquelles chaque partenaire y tient sa place.

Comme l'ont souligné les IGAS, le portage sous forme de GIP apparaît pertinent du fait de la mission de service public que représente l'objet d'une MDA et de la mise en commun de moyens - notamment des fonctions publiques hospitalières et territoriales...

Si ce moyen s'avère trop difficile à mettre en œuvre, d'autres modèles sont possibles ; ils ont tous pour caractéristique de reposer sur une bonne volonté partagée.

Cette instance de pilotage et d'administration de la MDA doit garantir son bon fonctionnement et permettre l'articulation et la mise en cohérence de l'ensemble des politiques publiques qui traversent ce dispositif (scolarité, protection de l'enfance, logique de parcours et de paniers de services des ARS, protection judiciaire de la jeunesse...)... dès lors que ces politiques

publiques se trouvent en responsabilités partagées auprès des jeunes et familles qu'elles accompagnent conjointement...

En tout état de cause, il est nécessaire que le portage soit confié à un acteur reconnu par tous, condition pour qu'il soit en position de légitimité à interpeller l'ensemble des partenaires nécessaires aux questions complexes à traiter.

3. Octroyer des moyens adaptés aux missions confiées aux MDA

En fonction de l'existant, préalable à la création de la MDA, les missions confiées à la MDA peuvent être variables.

Comme le souligne aujourd'hui l'ANMDA, l'obligation d'une MDA est de « **garantir que les besoins des jeunes et des familles soient bien pris en compte dans un maillage territorial permettant une bonne accessibilité** ; et que **les coordinations nécessaires soient organisées** » (coordination des parcours de santé, coordination des acteurs de l'adolescence).

À ce jour, au regard des expériences des MDA, l'ANMDA considère que les moyens nécessaires à la mise en œuvre d'un projet de MDA « complet » à l'échelle de son territoire d'intervention, en budget propre et en valorisation des contributions de chacun (mise à disposition de personnels ou de moyens) équivalent à une moyenne de **1,35 € par habitants¹** (1,35 M€ pour 1 million d'habitants).

Aussi, l'implication de chaque partenaire doit se faire tant au sein de l'instance de pilotage, que dans la mise à disposition de moyens, à hauteur des services rendus aux populations du territoire concerné.

Les moyens financiers doivent garantir le fonctionnement de la structure, mais également les possibilités de son développement.

Ils doivent permettre de mettre en œuvre un accueil sans délai d'attente, une évaluation globale, pluri focale, une analyse croisée, un accompagnement ou une prise en charge pluridisciplinaire de courte durée, une coordination des parcours... mais aussi l'animation et la coordination des acteurs de l'adolescence du territoire, l'organisation de co-formation et une veille sur les problématiques adolescentes émergentes...

Les mises à disposition de professionnels issus de cultures institutionnelles et professionnelles variées s'opèrent en fonction du constat partagé des besoins. Comme évoqué précédemment, elles doivent être suffisamment conséquentes, en volumes horaires, pour permettre une collaboration pluri professionnelle effective de nature à organiser l'expertise croisée des situations, et la coordination des parcours.

SUR LE PLAN RÉGIONAL

Du fait de la « gestion » des projets MDA confiée aux ARS, il semble nécessaire de créer les conditions d'une dynamique régionale pour :

1. Animer une instance régionale des partenaires

A l'instar de la coordination départementale des acteurs, assurée le plus souvent par les MDA, il s'agira également d'instaurer **un espace de concertation et de pilotage régional**, rassemblant les acteurs de l'adolescence, dans une visée de politique locale intégrée. Cette instance régionale comporterait les acteurs des politiques publiques régionales (Agences Régionales de Santé, Académies, Directions Régionales de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, Conseils Régionaux, ...) ainsi que les effecteurs de ces politiques. L'objectif d'une telle instance permettra d'**identifier l'offre de service** en regard des besoins existants, de permettre **l'organisation de débat entre les partenaires et les pouvoirs publics** concernant la bonne

¹ Moyenne calculée sur la base des 10 MDA pour lesquels le budget est en bonne adéquation avec les missions confiées, hors MDA de Cochin, Maison de Solenn

adéquation entre les besoins et l'offre et **de formaliser des temps de co-formation** proposés aux différents partenaires des territoires en lien avec les MDA.

2. Garantir une veille sur les problématiques adolescentes

L'instance de pilotage régionale sera également en charge de **produire de la connaissance sur l'état des besoins des adolescents de la Région**. Cette instance fera ainsi **remonter des données à l'instance nationale « bien-être et santé des jeunes »**, mentionnée dans la partie suivante. Elle pourra également **être force de propositions sur les initiatives à mettre en place** au regard de ces éléments de connaissance (instances de coordination, dispositifs expérimentaux, ajustement des filières de formations professionnelles sur la question de l'adolescence...).

3. Prendre en compte les territoires frontières

Avec une vision régionalisée de l'existant – en regard des besoins identifiés – les dispositifs MDA et leurs partenaires pourront identifier les zones non couvertes à cette échelle et proposer ainsi, lorsque cela est pertinent, de travailler sur **l'offre de service transfrontalière et interdépartementale**.

SUR LE PLAN NATIONAL

Un certain nombre de nécessités se doivent d'être prises en compte à courte ou moyenne échéance :

1. Actualiser le cahier des charges des MDA

Le cahier des charges (rédigé en 2005) était et reste encore très novateur dans sa volonté d'instituer des dispositifs MDA décroisonnés et destigmatisés. Il affirme des principes, d'accueil et d'organisation très actuels, dans les paradigmes de la récente loi de santé, le parcours, l'accessibilité, le maillage territorial, l'intégration, la coordination...

Toutefois, une réactualisation de celui-ci s'impose aujourd'hui pour asseoir, conforter et consolider les missions et les moyens des MDA.

L'ANMDA souhaite, dans cette actualisation du cahier des charges, réaffirmer notamment que :

- ✚ Les MDA sont les « têtes de réseau », sur tous les territoires, en responsabilité de la coordination des acteurs de l'adolescence,
- ✚ Les MDA proposent des accompagnements et des prises en charge généralement de courte durée pluri-institutionnelles et pluri professionnelles,
- ✚ Les MDA adoptent une position d'accueil et d'accompagnement à l'égard des adolescents et des familles favorable à une rencontre non jugeante et non stigmatisante, s'appuyant sur une co-construction de leur parcours de santé,
- ✚ Les MDA utilisent le vocable d'accompagnement pour signifier qu'elles visent avec l'adolescent lui-même à rendre possible l'actualité de son parcours de vie et notamment l'adéquation entre sa scolarité, ses appétences et son projet professionnel,
- ✚ Les MDA sont des acteurs de la prévention / promotion de la santé sur les territoires,
- ✚ Les MDA sont des observatoires de l'adolescence et peuvent donc être identifiées comme des lieux ressources, proposant des informations et de la co-formation.

L'ANMDA souhaite toutefois rappeler combien cette actualisation du cahier des charges ne doit en rien « normer » la structuration des activités des MDA ou de leur organisation partenariale, qui doit continuer à se construire localement, en fonction de l'existant.

2. Promouvoir une circulaire interministérielle signée du Premier Ministre

Le rapport des IGAS, en 2013, préconisait qu'après avoir rénové le cahier des charges des MDA, ce cadre de référence de leur activité devrait être annexé à une circulaire du Premier Ministre permettant une seconde phase de développement de ces dispositifs. Cette circulaire réaffirmerait l'offre de service de chaque MDA sur le territoire, et viendrait également entériner la participation des différents ministères impliqués dans le pilotage et l'organisation même des MDA. Cette volonté politique forte permettrait le développement local de collaborations fonctionnelles entre tous les acteurs du champ de l'adolescence.

L'enjeu de ce texte réglementaire est également de favoriser, inciter et formaliser, les engagements des collectivités territoriales, en premier lieu les départements.

3. Créer une instance nationale sur le « bien-être et la santé des jeunes »

Cette instance aurait pour fonction de :

- ✚ Réunir les acteurs nationaux de l'adolescence, politiques et techniques, dont les collectivités territoriales.
- ✚ Assurer une veille sur les problématiques adolescentes contemporaines.
- ✚ Recueillir, diffuser et promouvoir les « bonnes pratiques » en matière d'accompagnement et de prise en charge des adolescents.
- ✚ Favoriser la production de connaissances – notamment via la mise en place de recherche-actions et développer des co-formations, à destination de tous les acteurs du champ de l'adolescence.

**Pour le bureau de l'ANMDA
Patrick COTTIN
Président**