

# CONTRIBUTION AU RAPPORT DU HCFEA « ÊTRE ADOLESCENTS EN FRANCE EN 2021 »

## La traversée des années-collèges

 <p>Association Nationale Maisons Des Adolescents</p>	<p><b>L'ASSOCIATION NATIONALE DES MAISONS DES ADOLESCENTS</b> regroupe une majorité des MDA créées sur le territoire national depuis leur « fondation » par la circulaire et le cahier des charges de 2005 du ministère des Affaires sociales et de la Santé. Ces dispositifs innovants ont été préconisés par un rapport du Défenseur des enfants de 2002, « Les Maisons des adolescents, pourquoi ? comment ? » à partir de premières expériences du début des années 2000.</p>
 <p>SFPEADA</p>	<p><b>La SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDOPSYCHIATRIE ET DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ET DES DISCIPLINES ASSOCIÉES</b> est une association professionnelle loi 1901 qui regroupe l'ensemble des professionnels intervenant dans le domaine de la psychiatrie des bébés, de l'enfance et de l'adolescence. Elle a pour but de « promouvoir et coordonner des études, des recherches et des actions de formation concernant les troubles mentaux, affectifs et intellectuels des enfants et des adolescents ainsi que leur traitement et leur prévention ».</p>
	<p><b>La SOCIÉTÉ FRANÇAISE POUR LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT</b> un lieu d'échanges entre des professionnels d'horizons et de métiers différents concernés par la santé des Adolescents. Cette pluridisciplinarité, reflet de la diversité des situations dans lesquelles les adolescents nous sollicitent, nous impose un travail de compréhension réciproque. C'est à cette condition que nous pouvons ensuite élaborer une réflexion globale sur cette période de la vie, ses besoins et les différentes manières d'y répondre.</p>

## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Propositions .....</b>	<b>2</b>
<b>1. En direction de la sphère familiale.....</b>	<b>2</b>
1.1..Renforcer la pédiatrie/médecine de l'adolescence .....	2
1.2. Renforcer les moyens dédiés aux dispositifs de prévention des mal-être adolescent.e.s et de leurs familles .....	3
1.3. Mettre en œuvre aussi vite que possible des consultations de psychologues remboursées par l'assurance maladie .....	4
1.4. Soutenir une nouvelle position parentale à l'adolescence .....	5
<b>2. En direction de la sphère sociale/amicale .....</b>	<b>5</b>
<b>3. En direction de la sphère scolaire .....</b>	<b>6</b>
3.1. Faire baisser la pression sur la réussite scolaire académique.....	6
3.2. Soutenir la mise en œuvre d'un climat scolaire apaisé .....	6

## INTRODUCTION

Si nous considérons que la petite enfance a fait et fait encore l'objet d'attentions particulières des politiques publiques dans le cadre de dispositions de soutien à la parentalité, incluant une part de soin (par la pédiatrie et les services de PMI notamment), il nous apparaît que les périodes de 6 à 11 ans (fin de la PMI) et de l'adolescence, à partir de 11 ans, sont les oubliés des politiques publiques.

Les aides à la petite enfance sont utiles et nécessaires et permettent de prévenir une dégradation d'un nombre important de situations ; lorsque la survenue de l'adolescence réactivera les « émotions » de la petite enfance, cette expérience d'aide extérieure, lorsqu'elles ont été vécues positivement par la famille, facilitera la « demande » faite aux services ad hoc.

Mais, il est à souligner que nombre de familles fréquentant nos services n'avaient pas eu recours à des aides antérieures. L'adolescence et ses remaniements, notamment concernant les relations aux parents peuvent mettre ces derniers en difficultés pour évoluer et s'adapter à cet.e adolescent.e qui vient interroger les positions d'autorité, aujourd'hui plus qu'hier. Les communautés éducatives sont à ce titre dans la même nécessité de repenser ses modes d'accueil aux collèves bien sûr mais aussi dans les tiers lieux.

La situation en santé des 11-15 ans apparaît plutôt satisfaisante comme en atteste les éléments du rapport et les différentes enquêtes qui leur sont adressées.

Mais pour les plus en difficultés, sur le plan psycho-social ou médical (somatique et psychique), à cette période de la vie l'accès à des propositions d'aide et d'accompagnement n'est pas simple en raison de la méconnaissance de leurs propres difficultés et aussi par méconnaissance des dispositifs existants.

Nous savons sur cette question, l'importance de l'entourage, des pairs, des animateur.trice.s, des membres de la communauté éducative... des parents, évidemment, même si le couple conjugal ou parental est souvent partie intégrante des difficultés de l'adolescent. À cet égard, il est aussi important de souligner combien les jeunes sont souvent protecteurs de leurs parents et ne souhaitent pas qu'ils soient informés de leurs soucis, voire de leur mal-être, compliquant ainsi la situation. Sachant, par ailleurs, le caractère délétère de tout retard d'évaluation ou diagnostic, à cet âge où les réactions s'exacerbent, la place de ces « repéreurs » précoces apparaît primordiale.

Pour renforcer le rôle de ces « repéreurs » précoces des possibles mal-être de l'adolescence, il nous semble nécessaire, comme le rapport le propose, de porter une attention particulière aux trois principales sphères de vie des jeunes de 11 à 15 ans : la vie familiale, la vie sociale/amicale et la vie scolaire.

## PROPOSITIONS

### 1. EN DIRECTION DE LA SPHÈRE FAMILIALE

Comme souligné plus haut, la sphère familiale est avec le milieu scolaire l'espace où s'initie et/ou s'exprime le plus fréquemment les difficultés rencontrées à l'adolescence.

Que ce soit par une réactivation des « troubles » des premières années de vie de l'enfant ou bien par une difficulté d'accommodement des parents à la survenue de ce nouvel être qu'est l'adolescent.e, la vie familiale peut en être affectée, les conflits ou l'incompréhension réciproque peuvent devenir très délétères voire pathogènes.

Pour soutenir la parentalité au moment de l'adolescence, nous préconisons :

- **Le renforcement de la pédiatrie/médecine de l'adolescence**
- **La mise en œuvre aussi vite que possible des consultations de psychologues remboursées par l'assurance maladie**
- **Le renforcement des moyens dédiés aux dispositifs de prévention des mal-être adolescent.e.s et de leurs familles**

#### ***1.1. Renforcer la pédiatrie/médecine de l'adolescence***

De nombreuses difficultés à l'adolescence s'expriment de manière somato-psychique et le corps représente un lieu privilégié d'expression des conflits. Les consultations régulières chez le médecin voire aux urgences pédiatriques ou psychiatriques, nécessitent de prendre du temps pour tenter de discerner la souffrance psychique souvent cachée derrière la plainte somatique.

Il est utile de rappeler les travaux en cours pour renforcer les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie notamment en ces temps de Covid.

Des assises de la psychiatrie sont en préparation et nous ne pouvons que soutenir cette nécessité.

Renforcer également l'amont des admissions en psychiatrie infanto-juvénile s'avère indispensable et la médecine de ville est l'une des propositions qui peut être proposée en soutien aux parents d'une part mais aussi en possibilité d'évaluation des mal-être à la prime adolescence.

Face au développement de filières spécialisées, il convient en parallèle de renforcer l'**accueil médical non orienté sur un trouble** avec une approche globale pour les adolescents d'une part, et les possibilités d'**hospitalisation** d'autre part, que ce soit en unité de pédiatrie de l'adolescent ou en pédopsychiatrie.

La majorité des adolescents a consulté un médecin dans l'année. Pour autant ces derniers se disent souvent mal à l'aise à la pratique de la médecine de l'adolescent, leurs premières raisons étant le manque de formation et le manque de temps malgré des recommandations concernant la pratique médicale auprès des adolescents (voir [ici](#)).

Participant de la santé mentale, la pratique de la médecine de l'adolescent joue un rôle de prévention, bien en amont de toute psychopathologie et en accord avec la triade traditionnelle repérage/dépistage/diagnostic lorsqu'un trouble mental est avéré. La médecine de l'adolescent a pour objectif général l'**empowerment** et l'amélioration du bien-être psychique, physique, social, et le développement de l'estime de soi pour tous les adolescents...

Nous préconisons :

- **le développement d'un référentiel opposable de consultation de médecine de l'adolescent**, élaboré sous l'égide de la HAS
- **le développement de la formation à la médecine de l'adolescent dans le cadre de la formation médicale continue et des CPTS, en lien avec le maillage territorial des MDA.**

Il est à rappeler que **les besoins hospitaliers en médecine de l'adolescent** restent insuffisamment couverts sur le territoire, avec d'importantes inégalités entre les régions. L'offre de soin reste insuffisante en lits d'hospitalisation conventionnelle, en place d'hospitalisation de jour et en possibilités de consultation (PM) pour accueillir l'ensemble des demandes pertinentes.

Unités essentielles à l'approche bio-psycho-sociale, hollistique, de l'adolescent, elles intègrent la prise en charge et l'apprentissage de l'intégration des dimensions familiales, scolaires, socio-éducatives. (voir Tournemire R. Examen clinique de l'adolescent. Encycl Med Chir, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-001-C-15)).

**Une meilleure prise en charge des interactions entre maladie chronique et adolescence** induit un gain en terme de santé publique quand la moitié des maladies chroniques de l'adulte débutent à l'enfance ou à l'adolescence (Rouget, Enfances & psy Quand l'adolescence rencontre la maladie chronique).

**Les unités de médecine de l'adolescent** offrent un espace d'exploration du malaise psychique sans stigmatisation, sans caractérisation psychiatrique d'emblée et beaucoup des adolescents qui y passent n'auront pas besoin d'hospitalisation en service psychiatrique. Dès lors qu'elles sont en lien étroit avec les services de pédopsychiatrie, elles ont un rôle de **prévention et de prise en charge des adolescents suicidants**, présentant des **troubles du comportement alimentaires** et offrent une compétence particulière dans le domaine du **repérage et de la prise en charge de la maltraitance et des violences subies** (négligence, violences physiques, psychiques, sexuelles). De même pour les situations les plus délicates en **santé sexuelle et reproductive** (déli de grossesse, violences sexuelles subies...).

Nous préconisons :

- **la mise en place d'une commission de travail**, sous l'égide de la DGS afin de définir un cahier des charges (voir [ici](#)) permettant **la labellisation d'unités de médecine de l'adolescent** dans tous les territoires avec pour objectif une unité de référence par département, hors particularités locales. En dehors de ces unités, il s'agirait d'inciter au développement de compétences en médecine de l'adolescent dans les grands services de pédiatrie ne disposant pas d'UMA, identifiant un médecin formé et expérimenté en lien avec l'unité de référence.
- **l'universitarisation et l'enseignement de la médecine de l'adolescent** doit se poursuivre.

## ***1.2. Renforcer les moyens dédiés aux dispositifs de prévention des mal-être adolescent.e.s et de leurs familles***

Le « Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes » (plan BESaJ, voir [ici](#)) de 2016 a fait des préconisations qui visaient à améliorer le repérage des jeunes en situation de souffrance

somatique, psychique et scolaire notamment et à faciliter leur orientation vers les dispositifs dont leurs difficultés relevaient.

Constatant la représentation toujours compliquée, en population générale, de la psychiatrie perçue comme un invariant anthropologique de la folie du 19<sup>ème</sup> siècle, constatant aussi les délais d'accueil en CMP notamment, le rapport et le plan qui s'est ensuivi ont préconisé, entre autres propositions, le renforcement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement en amont des services de soins médico-psychologiques. Ces dispositifs peuvent être, selon les différents territoires, les MDA, les PAEJ (Point accueil écoute jeunes), les ESJ (Espace santé jeunes).

Il s'agit, d'une part, de ne pas sur médicaliser la période de l'adolescence et de prévenir l'aggravation des conduites considérées à risques en les repérant précocement et en les prenant en compte dans leur dimension globale, somatique, psychique, sociale, familiale, scolaire...

Ce repérage par tous acteurs de l'adolescence, de l'animation jeunesse aux communautés éducatives, doit pouvoir se réaliser « en toute sécurité » par la bonne connaissance du réseau des acteurs qui pourront accueillir très rapidement le jeune et sa famille et/ou les soutenir dans leur propre mission.

Le plan BESaJ préconise que les maisons des adolescents soient les « piliers du dispositif ». Il précise que « depuis la création de la toute première il y a une quinzaine d'années, les maisons des adolescents (MDA), désormais implantées dans presque tous les départements, se sont imposées comme des lieux d'accueil inconditionnel, d'évaluation pluri-disciplinaire et d'orientation des jeunes et de leurs familles. Ayant développé cette culture pluri-disciplinaire, elles offrent également des possibilités de prise en charge de courte durée ou de coordination de parcours plus complexes. Elles ont donc vocation à animer et coordonner les acteurs de l'adolescence d'un territoire, à organiser les sensibilisations et partages d'expertises, à développer une veille partagée sur les problématiques de l'adolescence. Ces missions sont plus que jamais nécessaires au service du mieux-être de la jeunesse. Le positionnement des maisons des adolescents comme « têtes de réseau » des acteurs de l'adolescence est donc logique et attendu. » (p 12)

À ce titre, les MDA, PAEJ ou ESJ sont donc des interfaces entre les repéreurs précoces et les services de soin pour accompagner les jeunes et les familles aux prises avec un mal-être psychique, en accessibilité physique par leur maillage territorial et en accessibilité psychique par la non-stigmatisation de leur proposition.

Nous préconisons :

- **la mise en œuvre d'une commission de travail** sous l'égide de la DGS, associant la DGCS et la CNAF pour améliorer les capacités d'accueil et de soutien des jeunes et des familles par ces dispositifs par une reconnaissance active de leur rôle en matière de soutien à la parentalité et par un renforcement de leur financement.

### ***1.3. Mettre en œuvre aussi vite que possible des consultations de psychologues remboursées par l'assurance maladie***

Le même « Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes » préconisait une expérimentation pour « Un accès facilité aux consultations de psychologues » (Action 2, p 7, voir [ici](#)).

Alors qu'un dispositif expérimental en ce sens est mis en œuvre dans trois régions depuis 2018 (*Écoute'émoi*), la situation sanitaire récente a accéléré la nécessité d'une prise en compte rapide des situations de mal-être des jeunes en santé mentale.

Les premiers résultats de l'expérimentation amènent à penser utile de généraliser la proposition de cet accès facilité, notamment en simplifiant l'évaluation de ce besoin par les médecins de l'adolescence (généralistes, pédiatres, médecins scolaires...).

Nous préconisons :

- **la généralisation de cette expérimentation** au moment où la situation sanitaire a aggravé la dépressivité des adolescents et de tous celles et ceux qui entourent les adolescent.e.s et obère les perspectives d'avenir de cette génération qu'il conviendra de ne pas qualifier de « génération COVID »...

## 1.4. Soutenir une nouvelle position parentale à l'adolescence

Comme souligné plus haut, la survenue de l'adolescence et de ses remaniements oblige l'adolescent lui-même à une réappropriation de son corps et aussi de son « esprit » en pleine maturation. Elle oblige son entourage, notamment parental, à penser cette maturation et à réenvisager sa propre position, en la faisant évoluer progressivement d'une position éducative à une position d'accompagnement. Les conflits entre parents et adolescents, les fragilités des uns et des autres peuvent facilement générer des crises ou des blocages.

L'adolescent-e est en attente de ce nouveau rapport aux autres et à tou.te.s celles et ceux qui font œuvre d'éducation.

Il nous apparaît que la « **conférence de la famille** » qui s'annonce est l'occasion de faire un « état des lieux » de la parentalité au moment de l'adolescence, notamment comme en a attesté le secrétaire d'état Adrien Taquet, dans la mesure où cette période de la vie de l'enfant a été jusqu'aujourd'hui insuffisamment soutenue.

Il s'agirait en même temps de faire la « publicité » du livret « Parent d'ados » (voir [ici](#)) et de la mise en œuvre par la CNAF des Médiations familiales Parents-Adolescents (voir [ici](#)).

## 2. EN DIRECTION DE LA SPHÈRE SOCIALE/AMICALE

Nous ne reviendrons pas sur les propositions du HCFEA de 2018, « **LES TEMPS ET LES LIEUX TIERS DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS, HORS MAISON ET HORS SCOLARITÉ** » sinon pour souligner la nécessité de **renforcer les mesures** qui visent à :

- **accompagner la place des adolescents dans l'espace public et dans les lieux de socialisation** que sont les structures d'animation jeunesse
- **réguler les relations filles/garçons** dans une visée d'égalité.

Nous insisterons sur la nécessité de **renforcer la présence d'adultes bienveillants dans l'espace numérique des adolescent.e.s.**

Nous savons aujourd'hui les effets bénéfiques du bon usage des réseaux sociaux, à la fois dans la dimension ludique, d'accès à des connaissances, de maintien des liens sociaux/amicaux,. Mais nous en connaissons aussi les effets délétères quand de mauvaises rencontres se réalisent en dehors de toute médiation possible, dans l'isolement de ce rapport solitaire à un « écran » malveillant.

Il apparaît utile de promouvoir tout ce qui peut conduire à une présence d'accompagnement au sein de l'espace numérique des adolescent.e.s, en adaptation constante à l'usage qu'ils en font et aux « outils » qu'ils y utilisent.

À ce titre, deux dispositifs nous semblent utiles l'un à renforcer, l'autre à développer :

- **les Promeneurs du Net**
- **les Ambassadeurs des MDA**

Portés par la CNAF et localement par les dispositifs d'information jeunesse (CRIJ), **les PDN**, réalisent une présence dite éducative sur les réseaux sociaux. Le Promeneur est principalement animateur ou informateur jeunesse. Il écoute, informe, accompagne, conseille et prévient.

Voir <https://www.promeneursdunet.fr/projet>

Le dispositif des **Ambassadeurs des MDA** a été expérimenté lors du confinement par la maison des adolescents de Strasbourg.

Il s'est agi de répondre aux questions suivantes : Comment effectuer de la prévention autour de la santé et du bien-être des jeunes, à distance ? Comment « aller vers » des adolescents qui n'expriment pas de demande ? Comment les maintenir « connectés » et inclus dans une dynamique sociale visant à lutter contre leur enfermement physique ou psychique ?

Le réseau des Ambassadeur.trices des MDA est constitué d'étudiants issus des filières psychomédico-sociales afin d'accompagner les adolescents à partir des réseaux sociaux sur toutes les questions liées à l'information en santé et au repérage de situation de mal-être.

Formés au repérage des situations de mal-être de l'adolescence et accompagnés par les MDA, les Ambassadeurs des MDA sont une proposition complémentaire aux PDN. Elle doit pouvoir

s'articuler par la présence déjà effective de personnels des MDA au sein des PDN et par la possible formation d'animateur en qualité d'Ambassadeur des MDA.

Voir [ici](#)

### **3. EN DIRECTION DE LA SPHÈRE SCOLAIRE**

#### **3.1. Faire baisser la pression sur la réussite scolaire académique**

Depuis trop longtemps, la survalorisation de la réussite scolaire académique pèse sur les investissements scolaires de toutes celles et ceux qui ne s'y adaptent pas, ou ne s'y conforment pas.

La notion de « réussite » pèse aussi sur le corps enseignant par une « obligation de résultat » qui devient, par une sorte d'homologie, une obligation pour eux-mêmes.

Il n'est pas à négliger non plus l'effet de cette méritocratie à la française qui conduit rapidement à considérer que l'élève qui n'est pas en réussite n'a pas sa place dans cette école-là. L'« échec scolaire » est à risque d'utilisation comme un mode d'évaluation, de stigmatisation et d'intériorisation précoce de la trajectoire scolaire.

Il apparaît urgent de **mettre cette question à l'agenda des politiques publiques de la jeunesse**, mais surtout, nous semble-t-il, **dans les politiques de soutien aux parents d'adolescents** puisque l'on sait que les décrochages scolaires actifs ou « silencieux » débutent pendant les années collèges.

La « **conférence de la famille** » pourrait constituer un temps pour cela.

#### **3.2. Soutenir la mise en œuvre d'un climat scolaire apaisé**

La démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant<sup>1</sup> est « une synthèse des points de convergence fidèle à l'expression de nombreux points de vue, de nombreuses disciplines représentées, ainsi qu'une prise en compte d'une pluralité des écoles de pensée d'appartenance et des savoirs expérientiels... » (Rapport, p 5)

Le rapport vise à « appréhender la satisfaction des besoins de l'enfant dans une approche écosystémique prenant en compte l'environnement dans sa globalité » et dans un consensus des rédacteurs, d'un besoin considéré comme méta-besoin, le besoin de sécurité.

Le rapport indique qu'« il importe de pouvoir garantir à tout mineur un environnement bienveillant et soucieux de son bien-être favorable à son développement et à son épanouissement aux fins de son autonomie, et de son intégration sociale et professionnelle dans la communauté, et ce en conformité avec la convention internationale des droits de l'enfant. » (id., p 14)

Il est possible de rapidement considérer que ce méta-besoin de sécurité est mal pris en compte au sein des établissements scolaires tant les inquiétudes, les craintes, les appréhensions y sont nombreuses, du côté des élèves, des parents mais aussi du côté de la communauté éducative. Les attentes dans la scolarité sont immenses, comme dit précédemment, notamment parce que la réussite scolaire a été le vecteur de l'ascension sociale par une égalité des chances revendiquée fortement dans les discours politiques de l'éducation.

Considérant que ce méta-besoin « englobe la plupart (sinon l'ensemble) des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers ne pouvant être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier » (id. p 11), et considérant l'établissement scolaire comme un écosystème, un travail d'amélioration du climat scolaire dans l'ensemble de ces composantes s'avère indispensable.

L'Éducation nationale ne s'y est pas trompée en promouvant depuis plusieurs années cette démarche auprès des chefs d'établissement et dans un texte<sup>2</sup> aux rectrices et recteurs dès 2016 rappelle que « la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, dans son rapport annexé, fait de l'amélioration du climat scolaire une priorité « pour refonder une École sereine et citoyenne ».

---

<sup>1</sup> Rapport « *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance* », remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes le 28 février 2017, 129 p

<sup>2</sup> Circulaire n° 2016-045 du 29-3-2016, MENESR, DGESCO

Elle est un enjeu majeur. Un « bon » climat permet une amélioration des résultats scolaires, du bien-être des élèves et des adultes, une diminution des violences en milieu scolaire, des problèmes de discipline, d'absentéisme, de décrochage scolaire et une plus grande stabilité des équipes.

Si l'amélioration de ce climat repose sur la prévention et le traitement des problèmes de violence et d'insécurité, elle s'appuie également sur la redynamisation de la vie en milieu scolaire dans tous ses aspects, pédagogiques et éducatifs y compris.

Le climat scolaire reflète en effet le jugement qu'ont les parents, les personnels et les élèves de leur expérience, en partie subjective, de la vie et du travail au sein de l'École. La notion de « climat » peut cependant être mesurée par les enquêtes nationales de victimation et de climat scolaire qui permettent d'objectiver des données. »

Des Groupes Académiques Climat Scolaire (GACS) ont été créés dans chaque académie.

Mais parce que le jeune de 11 à 15 ans est à la fois un adolescent dans sa famille et son environnement social/amical, un collégien dans son collège et un élève dans sa classe, la dimension systémique de cette triple appartenance oblige à des coopérations entre ses 3 sphères de vie.

Nous préconisons :

- **la mise en œuvre de démarche d'accompagnement en appui des « enquêtes locales de climat scolaire »** (ELCS) réalisées à la demande des chefs d'établissements et qu'une part **des crédits dédiés au soutien à la parentalité** puissent apporter une contribution à ces démarches en lien avec la question de la place des familles au sein des établissements scolaires.
- **la mobilisation plus intensive des « associations partenaires de l'école »**, en développant notamment des actions de développement des compétences psycho-sociales des élèves. L'apport de ces actions dans l'apaisement des liens entre pairs mais aussi entre les adolescents et la communauté éducative n'est plus à démontrer (voir par exemple [ici](#)).

Des expérimentations en cours (par exemple [ici](#) Action 1 du PIA porté par la ville de Nantes) questionnent la transférabilité de ces actions dans le cadre de la classe comme un axe d'amélioration des relations élèves-enseignants susceptibles d'améliorer globalement le sentiment de reconnaissance que manifestent les élèves.

\*\*\*\*\*

### **Contacts**

**Patrick Cottin**, Président d'honneur de l'ANMDA  
02.40.20.89.71, [patrick.cottin@mda.loire-atlantique.fr](mailto:patrick.cottin@mda.loire-atlantique.fr)

### **Pour l'ANMDA :**

**Pr Guillaume Bronsard**, Président

### **Pour la SFPEADA :**

**Dr Jean Chambry**, Président

### **Pour la SFSA :**

**Dr Sébastien Rouget**, Président

\*\*\*\*\*