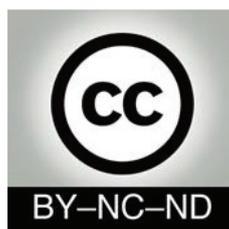




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2021 N°388

***LES PROFESSIONNELS FACE A L'ACCOMPAGNEMENT EN
SANTÉ MENTALE DES MINEURS NON ACCOMPAGNES***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le lundi 20 septembre 2021
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par
Sarah DUDOK DE WIT
née le 08/08/1992 à Pertuis (84)

Sous la direction du Docteur Edouard LEAUNE



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2021 N°388

***LES PROFESSIONNELS FACE A L'ACCOMPAGNEMENT EN
SANTÉ MENTALE DES MINEURS NON ACCOMPAGNES***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le lundi 20 septembre 2021
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par
Sarah DUDOK DE WIT
née le 08/08/1992 à Pertuis (84)

Sous la direction du Docteur Edouard LEAUNE

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Présidente du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pr Carole BURILLON
Directeur Général des services	M. Pierre ROLLAND
Secteur Santé :	
Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Dr Xavier PERROT
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT
Secteur Sciences et Technologie :	
Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yannick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO

Directeur du Département Composante Informatique

Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN

Directeur du Département Composante Mécanique

Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2020/2021

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (<i>à la retraite au 01.04.2021</i>)
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie (<i>en disponibilité jusqu'au 31.08.21</i>)
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie

KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie

MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie

**Professeur des Universités
Classe exceptionnelle**

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

**Professeur des Universités - Médecine Générale
Première classe**

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent

**Professeur des Universités - Médecine Générale
Deuxième classe**

ZERBIB	Yves
--------	------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
LAMBLIN	Géry	Gynécologie ; obstétrique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie

RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SCHEIBER	Christian	Biophysique ; Médecine Nucléaire
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BOUTY	Aurore	Chirurgie infantile
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie

DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACQIN REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie
LILLOT	Marc	Anesthésiologie, Réanimation, Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire
VILLANI	Axel	Dermatologie, vénéréologie

Maître de Conférences Classe normale

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLOIN	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de Conférence de Médecine Générale

CHANELIERE Marc

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A **Edouard**, merci pour toute ton aide, ta disponibilité, tes encouragements et tes remarques pertinentes, des balbutiements du projet jusqu'aux dernières finitions. Merci également pour cette enthousiasmante ouverture sur la psychiatrie sociale que tu apportes à Lyon et que tu sais si bien communiquer.

Au **Professeur Poulet**, qui m'a tant apporté dans mon apprentissage théorique comme pratique tout au long de mon internat. Vous savez transmettre des connaissances rigoureuses tout en vous montrant toujours accessible. Un grand merci d'avoir accepté la présidence du jury, et d'avoir permis que celui-ci puisse se constituer malgré les imprévus !

Au **Professeur Fourneret**, qui est tant impliqué dans l'enseignement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et qui me fait l'honneur de participer à mon jury en y apportant son regard de pédopsychiatre. Merci également d'avoir pris le temps de répondre à mes questions à la phase exploratoire précédant cette étude.

Au **Professeur Zerbib**, je vous en suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté de participer à mon jury, et je suis très honorée de pouvoir bénéficier de ce regard issu de la médecine générale par votre présence. Un immense merci à vous.

A **Halima**, merci pour ton dynamisme et ton engagement inspirant à travers l'Orspere-Samdarra, qui m'a permis de développer mon intérêt pour les personnes en situation de précarité ou de migration. Merci beaucoup pour ta présence dans mon jury qui m'honore.

A **tous les professionnels**, qu'ils soient **travailleurs sociaux** ou **psychiatres**, qui ont si généreusement donné de leur temps pour me partager avec enthousiasme et sincérité leurs retours d'expériences. Je vous en suis profondément reconnaissante d'avoir pu bénéficier grâce à vous de ce matériau si riche, et d'avoir pu rencontrer des professionnels si variés mais qui ont tous en commun ce cœur pour leur travail et cette volonté de mieux avancer ensemble.

Aux **équipes de Flavigny et d'Ulysse**, où j'ai fait mes premières rencontres avec les mineurs non accompagnés, et où j'ai pu bénéficier de l'expérience et de l'encadrement de soignants bienveillants dans la découverte de la clinique adolescente.

Aux **équipes de psychiatrie tourangelles**, grâce à qui j'ai découvert cette belle discipline et ai commencé mon apprentissage dans un milieu si bienveillant. Merci tout spécialement à Ugo (grâce à qui je suis à Lyon !), Julia, Pétrouche, et au Docteur Barbe.

A **l'équipe de la Maison de Solenn**, où j'ai été si bien accueillie et j'ai beaucoup appris dans le champ de la psychiatrie transculturelle et des mineurs non accompagnés. Un merci particulier à Sevan, Fatima, Rahmeth et Charles, pour ces échanges tellement stimulants.

A **l'équipe d'Interface SDF**, avec qui j'ai tant aimé travailler (et que je me réjouis de retrouver !). Merci pour ce riche apprentissage clinique que vous m'avez offert, et pour ce bel exemple de coopération entre médical et social.

A **Rozenn Le Berre**, dont la lecture du très fort livre « De rêves et de papier » a m'a beaucoup marquée et a incontestablement joué un rôle dans mon intérêt pour les mineurs non accompagnés.

A **ma famille**, qui a toujours été présente à mes côtés, et dont le soutien est si précieux. Merci spécialement à mon grand-père pour sa relecture.

A **mes formidables co-internes et amis**, compagnons d'aventures (et bien plus) pendant ces dernières années, et tout spécialement à Hugo, Julien, Estelle, Jeanne, et bien sûr Juliette qui m'a guidée dans les finitions de cette thèse !

A **l'incroyable communauté de Singa** qui m'a permis de m'évader et m'enrichir à travers ces belles rencontres, et ainsi de tenir bon au cours des ces parfois rudes années d'internat.

A **Salahin** qui m'a tant soutenue et encouragée pendant tous ces mois, shukran pour tout, de tout cœur.

INDEX DES ABREVIATIONS

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CMAE : Centre de Mise à l'Abri et d'Evaluation

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle – Complémentaire

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

HFME : Hôpital Femme Mère Enfant

MEOMIE : Mission d'Evaluation et d'Orientation des Mineurs Isolés Etrangers

MNA : Mineur non accompagné

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

PUMA : Protection Universelle Maladie

UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees

UPRM : Urgences Psychiatriques Rhône Métropole

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
I. GENERALITES.....	1
1) Définitions.....	1
2) Statistiques et données démographiques	2
3) Parcours d'un mineur non accompagné à Lyon	3
II. PSYCHOPATHOLOGIE.....	5
1) Un public complexe à la croisée de plusieurs champs	5
2) Santé mentale et migration : tour d'horizon	5
3) Focus sur les MNA : un groupe particulièrement vulnérable	6
4) Recours aux soins psychiques par les MNA : une sous-utilisation	7
5) Perception des soins par les MNA.....	9
6) Conclusion et place de l'étude PASMMINA	11
MATERIEL ET METHODES	12
I. POPULATION	12
II. DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	12
III. ETHIQUE.....	13
IV. METHODOLOGIE.....	13
RESULTATS.....	15
I. POPULATION	16
II. PARTICULARITES DES MNA et IMPACT SUR L'ACCES AUX SOINS	17
1) Un public vulnérable.....	17
a. Des profils variés	17
b. De multiples facteurs de stress	18
c. Psychopathologie	21
2) Obstacles et réticences des MNA	22
a. Méfiance / craintes vis à vis des soins	22
b. Autres objectifs et priorités	23
c. Autres ressources.....	24
3) Particularités du rapport à la vérité	25
a. Majeurs / mineurs ?	25
b. Un récit « formaté »	26
III. SOINS EN SANTE MENTALE	28
1) Difficultés d'accès	28
a. Verbalisation du mal-être	28
b. Enjeu du dépistage et du repérage précoce	29
c. Orientation et modalités d'accès	31
2) Soins hospitaliers / soins ambulatoires	32
a. Hospitalisation : avantages et inconvénients.....	32
b. Soins ambulatoires.....	34
c. Aspect pharmacologique	35
d. Limites des soins en santé mentale	35

3)	Adaptation de la prise en charge aux spécificités des MNA	36
a.	Repenser la prise en charge	36
b.	Liens avec la Famille	36
c.	Liens avec le MNA	37
IV.	PRISE EN CHARGE SOCIALE ET EDUCATIVE	38
1)	Objectifs de la prise en charge sociale et éducatives	38
a.	Accompagnement des éducateurs du quotidien	38
b.	Accompagnement de la MEOMIE	39
2)	Liens entre travailleurs sociaux et MNA	40
a.	Liens entre les éducateurs du quotidien et les MNA	40
b.	Liens entre les travailleurs sociaux de la MEOMIE et les MNA	41
V.	DEFIS DU TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE	41
1)	Relations interprofessionnelles	41
a.	Liens psychiatres – éducateurs : du point de vue des psychiatres.....	41
b.	Liens psychiatres – éducateurs : du point de vue des éducateurs.....	42
c.	Liens entre les psychiatres et les travailleurs sociaux de la MEOMIE	43
2)	Vécu des professionnels	44
a.	Vécu des psychiatres.....	44
b.	Vécu des éducateurs	45
c.	Vécu des travailleurs sociaux de la MEOMIE	46
VI.	FACTEURS AIDANTS ET PISTES D’AMELIORATION	47
1)	Facteurs facilitateurs	47
2)	Perspectives d’amélioration	49
DISCUSSION	52
I.	RESUME DES RESULTATS	52
II.	DISCUSSION	54
1)	Barrières dans l’accès aux soins et l’accompagnement des MNA	54
2)	Importance de la confiance	54
3)	Importance des liens	55
4)	Exemple de l’EMPP	56
5)	Liens dépassant le médical et le social	57
III.	LIMITES	58
IV.	PERSPECTIVES	60
CONCLUSION	61
ANNEXES	64
Annexe 1 :	Bibliographie	64
Annexe 2 :	Grille d’entretien semi-dirigé	69
Annexe 3 :	Illustration des concepts par des extraits des verbatims	70

INTRODUCTION

I. GENERALITES

1) Définitions

Les « mineurs non accompagnés » (MNA), anciennement appelés « mineurs isolés étrangers », sont dans l'usage courant des jeunes migrants de moins de 18 ans, présents sur le territoire sans leurs parents ou autre proche majeur.

A noter que la loi française ne définit pas spécifiquement le terme de « mineur non accompagné », mais elle l'englobe dans la catégorie plus vaste des « mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille » (1). La notion de migration n'y figure pas, car la simple absence de responsables légaux majeurs induit une situation de vulnérabilité nécessitant une protection et une prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), quelle que soit la nationalité du mineur.

Les instances européennes quant à elles (Conseil de l'Europe (2) ou Conseil de l'Union Européenne (3)) parlent plutôt de mineurs **migrants** ou **étrangers** non accompagnés, tandis que des organisations internationales comme le UNHCR (Haut Conseil des Nations Unies pour les Réfugiés) se placent dans le contexte de la quête d'asile pour la caractérisation des enfants non accompagnés (4), ajoutant ainsi la notion de migration.

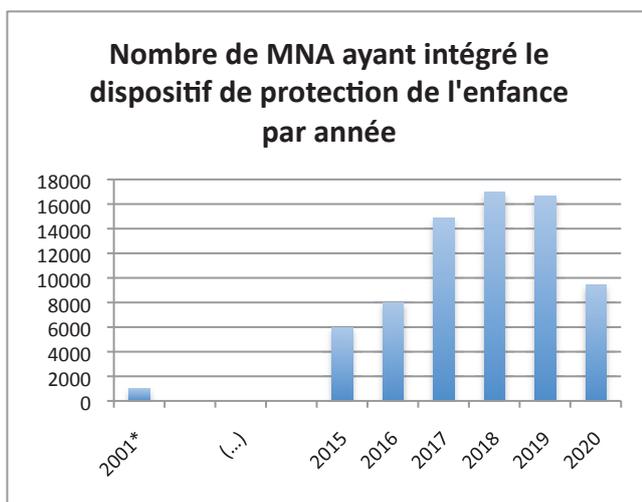
Ainsi en France, si le jeune est reconnu mineur non accompagné à l'issue d'une double évaluation (de son isolement, et surtout – le plus sujet de contestations – de sa minorité), il relève de la Protection de l'Enfance et est placé à l'ASE. Dans le cas contraire, c'est le droit des étrangers qui s'applique, comme c'est le cas après leur majorité.

En revanche, une procédure de demande d'asile est tout à fait possible en parallèle de la prise en charge par l'ASE.

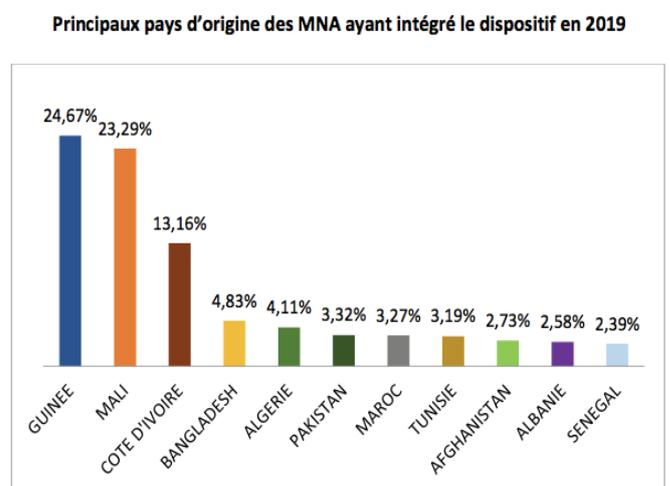
2) Statistiques et données démographiques

Sur le plan sociodémographique, il a longtemps été difficile d’avoir des données chiffrées précises concernant cette population. Jusqu’en 2013 il n’y avait pas de statistiques au niveau national sur le nombre de MNA, et le recueil de données n’était pas homogénéisé et donc incomplet jusqu’en 2016 (5). En ce qui concerne les statistiques officielles, la mission « mineurs non accompagnés » du Ministère de la justice publie le nombre de MNA confiés à l’aide sociale à l’enfance sur décision judiciaire (c’est à dire reconnus mineurs soit à l’issue de l’évaluation, soit après un recours auprès du juge des enfants suite à un refus initial) par année. Cela ne reflète donc pas le nombre total de jeunes pris en charge par les dispositifs de l’ASE au cours d’une année, et ne comprend pas ceux qui sont en cours de procédure ou n’ont pas été reconnus mineurs.

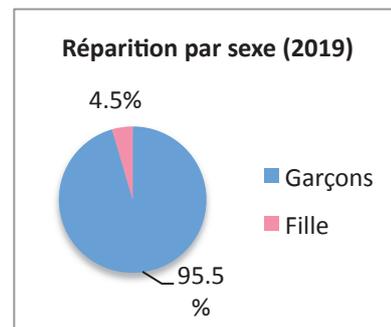
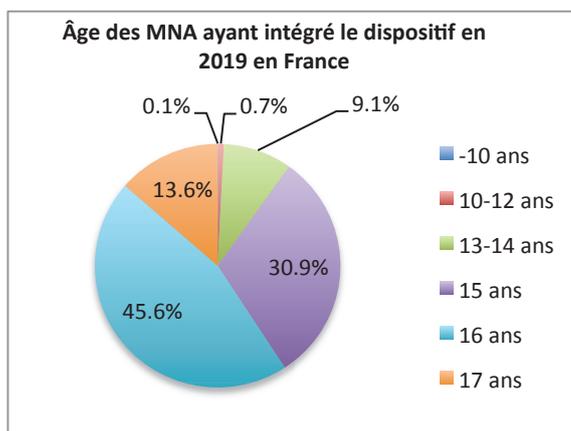
Malgré ces imprécisions, l’ensemble des statistiques disponibles au niveau français comme européen s’accorde pour noter une nette augmentation de leur nombre depuis la fin des années 90 (moment où ce phénomène a commencé à être plus visible en France), avec semble-t-il une forte accélération au cours des dernières années, avant une nouvelle diminution (en tout cas dans le nombre de décision de placement à l’ASE) depuis 2018. En 2020, ils n’étaient en effet que 9 524 à avoir été confiés par décision judiciaire à l’ASE, contre 16 760 en 2019 (avec une estimation autour de 1100 en 2001 d’après le rapport d’A. Etienne (6)).



* estimation (rapport A. Etienne 2002)



Ces dernières années en France, la provenance principale des MNA accueillis était l’Afrique subsaharienne, avec en 2019 près de 2/3 d’entre eux originaires de Guinée, du Mali ou de Côte d’Ivoire. On retrouve toujours une franche prédominance masculine (moins de 5% de filles), et la grande majorité d’entre eux ont plus de 15 ans à l’arrivée (avec 46,5% des jeunes entrés dans le dispositif de protection de l’enfance en 2019 âgés de 16 ans).



3) Parcours d’un mineur non accompagné à Lyon

Bien que la démarche soit uniformisée au niveau national (évaluation de la minorité, et placement à l’ASE en cas de reconnaissance de celle-ci), les dispositifs peuvent varier au niveau local. Un focus sur la métropole lyonnaise, qui a fait l’objet de ce travail de recherche, semble ainsi pertinent.

La première étape est le passage par le CMAE (Centre de Mise à l’Abri et d’Evaluation) de Forum Réfugiés, qui remplit cette mission depuis 2018. Une évaluation de la minorité et de l’isolement y a alors lieu, ainsi qu’une mise à l’abri immédiate pendant maximum cinq jours. A titre d’exemple, 1300 jeunes auraient été évalués entre avril 2018 et avril 2019, avec des taux de reconnaissance de minorité par le CMAE variables, autour de 54% en 2018 et 47% au premier trimestre 2019 (7). Il n’existe par ailleurs pas de statistiques au niveau national.

A noter qu’en cas de non reconnaissance de la minorité, un recours auprès du juge des enfants est possible, mais pendant la durée de la procédure, le jeune ne bénéficie d’aucune mise à l’abri.

En cas de reconnaissance de la minorité, le jeune est alors pris en charge par la MEOMIE (Mission d'Évaluation et d'Orientation des Mineurs Isolés Étrangers, qui ne remplit toutefois plus la mission d'évaluation de la minorité depuis 2018). Il s'agit d'un service de l'ASE composé de travailleurs sociaux qui prennent la référence de l'accompagnement du MNA dans ses démarches (hébergement, scolarisation, suivi médical, régularisation...). En ce qui concerne l'hébergement, les places en structures éducatives ont augmenté suite à des appels à projets par la Métropole en 2019, réduisant le nombre préoccupant de MNA hébergés à l'hôtel. Différentes structures éducatives existent ainsi sur Lyon (foyers, appartements en colocation, ou encore équipe mobile pour les jeunes encore hébergés à l'hôtel...)

L'accompagnement par la MEOMIE a lieu jusqu'à la majorité, avec comme objectif la régularisation leur permettant de rester sur le territoire français.

En ce qui concerne la santé, les mineurs reconnus et pris en charge par la MEOMIE ont droit à la PUMA (Protection Universelle Maladie, remplaçant l'ancienne CMU – Couverture Médicale Universelle) et à la CMU-C. Les mineurs non reconnus ou en cours de recours n'ont eux droit qu'à l'AME (Aide Médicale d'État).

Sur le plan de la santé mentale, en plus des dispositifs du droit commun type centre médico-psychologique (CMP), les MNA peuvent avoir accès à un centre de consultation spécialisé pour le public migrant, le Centre Essor, dépendant de Forum Réfugiés.

Lorsqu'une hospitalisation en psychiatrie est nécessaire, la voie d'entrée est souvent le passage aux urgences (principalement à Lyon / Bron : UPRM au Vinatier, Pavillon N à l'hôpital Edouard Herriot, ou urgences de l'HFME - Hôpital Femme Mère Enfant), avec ensuite soit un court séjour en UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée) au Vinatier, soit dans un des services d'hospitalisations pour adolescents du Rhône : unité Flavigny au Vinatier, unité Ulysse à Saint Jean de Dieu, service de psychopathologie à l'HFME (jusqu'à 15 ans inclus).

II. PSYCHOPATHOLOGIE

1) Un public complexe à la croisée de plusieurs champs

Les mineurs non accompagnés représentent une population bien spécifique, à la croisée de plusieurs champs aux particularités sociodémographiques et psychologiques propres.

Si l'on reprend l'ancienne appellation (peut-être plus parlante) mot à mot, il s'agit de **mineurs** - d'adolescents le plus souvent, c'est à dire dans une période clé de la vie en plein processus de transition ; **isolés** (sans parent ou proche), ce qui souligne là une vulnérabilité ; et **étrangers**, impliquant donc un parcours migratoire et un arrière-plan culturel différent.

A noter que ce caractère « d'étrangers » (qui a par ailleurs disparu dans la nouvelle appellation) renforce la notion d'isolement, puisqu'en plus de l'absence d'entourage familial ils se retrouvent dans un nouveau pays, coupés de leurs repères culturels et des codes sociaux connus.

Ainsi, pour bien saisir les spécificités de ce public, notamment ici en termes de santé mentale, il est nécessaire d'avoir une compréhension globale intégrant les différentes dimensions ci-dessus, qui seront détaillées dans les prochains paragraphes, selon les données actuelles de la littérature de plus en plus fournie.

2) Santé mentale et migration : tour d'horizon

Il est désormais bien établi que la situation d'exil constitue un important facteur de risque en termes de santé mentale. Les multiples études portant sur les demandeurs d'asile ou sur les réfugiés ont en effet mis en évidence une prévalence et une intensité plus élevées de détresse psychologique et de troubles mentaux constitués.

En plus de la souffrance mentale ne remplissant pas les critères d'un diagnostic psychiatrique mais ayant tout de même un impact significatif, on retrouve en effet des taux plus importants de troubles dépressifs (8), anxieux, post-traumatiques (8) et psychotiques (9).

Plusieurs facteurs expliquent ces résultats. D'une part, la santé mentale de ces populations est impactée par des événements de vie préalables à l'exil (exposition à la violence, mort de

proches, torture, ou encore conditions socio-économiques défavorables (10–13)), et survenant sur au cours du voyage en lui-même (traversée périlleuse, violences, esclavage ou trafic d'être humain pendant le parcours, pertes... (14,15)).

D'autre part, de plus en plus d'études soulignent le poids important des facteurs de stress après l'arrivée dans le pays d'accueil, tels que la précarité, les difficultés d'adaptation et d'intégration, l'isolement, l'incertitude concernant la situation administrative, les discriminations (10,12,16–18). Le nombre d'événements de vie traumatiques auxquels les sujets sont exposés serait particulièrement prédictif du risque d'état de stress post-traumatique (12,17), tandis que les stressseurs du quotidien seraient plus corrélés à la dépression que les antécédents traumatiques (17). Ces stressseurs post-migratoires diminueraient également les capacités de coping du sujet pour faire face aux traumatismes vécus et affronter les difficultés du quotidien.

Giacco (10) retrouve d'ailleurs une prévalence importante du trouble de stress post-traumatique à l'arrivée dans le pays d'accueil, tandis que la surreprésentation des troubles anxieux et dépressifs apparaîtrait secondairement, ce qui irait également en faveur du rôle des facteurs de stress post-migratoires.

3) Focus sur les MNA : un groupe particulièrement vulnérable

Au sein des populations migrantes, les mineurs non accompagnés sont identifiés comme un sous-groupe particulièrement à risque sur le plan de la santé mentale, du fait du cumul de plusieurs facteurs de vulnérabilité.

En effet, en plus de l'exposition aux mêmes adversités que les autres enfants / adolescents quittant leur pays, l'absence de parents ou proches accompagnant ces jeunes exilés entraîne d'autres conséquences qui se surajoutent.

La séparation en elle-même (qu'elle survienne lors du départ ou au cours du voyage) constitue un élément traumatique supplémentaire, ce d'autant plus qu'elle survient à un âge précoce.

Privés de soutien et protection familiale, les MNA auraient également une exposition plus importante aux événements traumatiques (ils rapportent en avoir vécu jusqu'à 2 fois plus

que les mineurs accompagnés (19)) ; et une diminution de leur capacité adaptative vis à vis des adversités. En effet, même hors contexte migratoire, les enfants et adolescents présenteraient plus de symptômes post-traumatiques et plus de troubles internalisés ou externalisés en cas d'exposition à des événements stressants en l'absence de soutien parental, tandis qu'un entourage familial de bonne qualité pendant ou après ces événements favorise la résilience (20,21).

Enfin, l'absence d'entourage majore l'isolement et la solitude, facteur impactant négativement la santé mentale des migrants.

Par ailleurs ces adolescents se retrouvent alors dans la situation paradoxale de devoir faire preuve de beaucoup d'autonomie pour affronter sans le soutien de leurs parents le parcours périlleux et les défis de l'intégration dans une société culturellement différente. Or lorsqu'ils sont pris en charge dans le pays d'accueil, ils sont placés dans une position beaucoup plus passive, de dépendance vis-à-vis des institutions et des démarches administratives contraignantes (22), d'où un fort contraste entre des injonctions contradictoires.

Ces facteurs concourraient à produire chez les MNA une surreprésentation de troubles anxieux, dépressifs, post-traumatiques ou encore borderline (19,22,23), ainsi que des comportements auto-agressifs non suicidaires (24). Ces taux sont plus élevés comparativement aux adolescents originaires du pays d'accueil, mais également par rapport à leurs pairs arrivant avec leurs parents (25–27).

4) Recours aux soins psychiques par les MNA : une sous-utilisation

Les mineurs non accompagnés, malgré les vulnérabilités citées ci-dessus, ont un recours aux soins psychologiques ou psychiatriques inférieur à leurs besoins, et survenant plus fréquemment dans des situations de crise et/ou sous contrainte que leurs pairs.

De manière générale, les enfants et adolescents ont souvent moins accès aux soins en santé mentale que ce dont ils auraient besoin, et l'initiative émane plus souvent des parents ou de l'entourage que d'eux-mêmes (28–30).

Par ailleurs, les motifs de prise en charge en santé mentale des adolescents seraient fréquemment des troubles du comportement externalisés, or la détresse des MNA s'exprimerait plus souvent sous une forme internalisée (dépression, anxiété, symptômes post-traumatiques...), moins repérée (31).

Ainsi, aussi bien l'expression symptomatique moins explosive que l'absence d'entourage proche pourraient contribuer au moindre recours aux soins.

Les difficultés de repérage et d'orientation sont aussi pointées par Bean (31), dans son étude du décalage entre le besoin ressenti et l'accès réel aux soins des MNA aux Pays-Bas. L'adressage dépendait alors surtout de l'évaluation des éducateurs et des professeurs qui sous-estimaient la souffrance ressentie par les MNA, dont la plupart ne recevait alors pas de réponse adaptée. Ce décalage paradoxal a également été retrouvé dans une étude menée au Royaume-Uni par Sanchez-Cao (32), et met en lumière l'importance d'une attention accrue à la santé mentale des MNA et au dépistage de leurs troubles afin d'apporter une réponse plus adaptée à leurs besoins.

Une fois qu'il a lieu, l'accès aux soins se ferait plus fréquemment en hospitalisation. Ramel (33) retrouve notamment en Suède des taux d'hospitalisation en psychiatrie plus importants pour les MNA que les mineurs accompagnés ou que les adolescents suédois.

Ils présentaient des diagnostics principaux similaires, hormis en ce qui concerne les troubles anxieux (F40-48 dans la Classification Internationale des Maladies 10^e révision) qui étaient plus fréquents chez les MNA. L'hypothèse avancée pour expliquer cette surreprésentation – en plus d'une détresse psychique plus importante comme déjà évoqué à plusieurs reprises – est l'absence de soins ambulatoires adaptés. Les MNA, population particulièrement à risque, auraient ainsi moins accès à des soins ambulatoires de première ligne, et se retrouveraient donc conduits aux urgences par leurs éducateurs soit en l'absence d'autre alternative, soit devant un état plus sévère car n'ayant pas pu être pris en charge plus tôt (33).

A ce propos, Nosè (34) souligne d'ailleurs que l'accès aux soins est défini non seulement par l'obtention des soins, mais aussi par la temporalité de leur obtention qui doit survenir suffisamment tôt pour promouvoir une amélioration de l'état de santé.

Enfin, le contexte migratoire semble être un facteur de risque d'hospitalisation sous contrainte (dans les pays où cette modalité d'hospitalisation existe dès 16 ans comme la Norvège), ce qui peut compromettre l'adhésion aux soins (35).

Une étude longitudinale menée en Suède confirme le recours plus important aux soins sous contrainte et aux hospitalisations à temps plein chez les populations réfugiées par rapport aux locaux, avec un risque d'hospitalisation encore plus marqué chez les réfugiés étant arrivés en tant que mineurs non accompagnés sur le territoire. A noter que le recours aux soins ambulatoires augmente avec la durée de résidence en Suède, reflétant potentiellement un processus d'acculturation et une meilleure compréhension du système de soins (36).

Le parcours de soins est donc marqué par des difficultés de repérage et une insuffisance de réponse ambulatoire aux besoins ressentis, conduisant à des taux d'hospitalisations plus importants (notamment sous contrainte).

5) Perception des soins par les MNA

Différentes études se sont intéressées à la façon dont les mineurs non accompagnés perçoivent les soins en santé mentale, identifiant différents axes pouvant faire obstacle.

La verbalisation autour leur état psychique peut être limitée par un déni des difficultés, ou par des symptômes physiques mis au premier plan. On retrouve également souvent des représentations négatives vis-à-vis de la santé mentale, les troubles psychiques étant perçus comme un facteur d'exclusion sociale et fréquemment décrits avec des termes dénigrants.

Il est de plus pointé une attitude majoritairement méfiante des MNA vis à vis des soins et des médecins, s'appuyant sur plusieurs facteurs. D'une part les différences culturelles et la barrière de la langue peuvent entraîner un sentiment d'être incompris et de ne pas recevoir un traitement adapté. D'autre part, leur expérience migratoire bien souvent traumatique, avec plusieurs abus de leur vulnérabilité par autrui (notamment des adultes), induirait comme mécanisme de protection une difficulté à faire confiance à l'étranger (37).

Enfin, les nombreuses incertitudes liées à leur situation à l'arrivée et une confusion possible entre la position des soignants et celle des autorités administratives en charge de leur procédure peuvent entrer en jeu.

La relation thérapeutique peut être influencée par des caractéristiques propres au thérapeute, que ce soit de manière positive ou négative. Ainsi, l'origine ethnique du thérapeute peut dans certains cas, en réduisant la barrière culturelle, être un facteur facilitateur, tout comme certains traits de personnalité (humour, écoute bienveillante...), tandis que le sexe peut parfois faire obstacle, par exemple avec des réticences à parler à une professionnelle femme (38).

A noter que les perceptions négatives de la santé mentale et les réticences vis à vis des soins psychiques ont également été retrouvées dans des populations d'adolescents occidentaux (39,40). Toutefois la méfiance semble être encore plus marquée chez les MNA qui se retrouvent dans un environnement différent, sans soutien familial, avec un niveau de stress renforcé par les incertitudes quant à leur statut migratoire.

Les difficultés d'engagement dans les soins, fréquentes dans cette classe d'âge, s'en retrouvent ainsi majorées.

En ce qui concerne les traitements, la psychothérapie reposant sur la parole et la narration a été rapportée à plusieurs reprises comme une expérience négative par les MNA, qui n'en voient pas toujours l'intérêt, voire la trouvent au contraire délétère. Parler de son passé est souvent vécu comme une « retraumatisation », faisant remonter des souvenirs douloureux et majorant leur stress (37).

A l'inverse, ils se montrent plutôt en demande de conseils concrets se focalisant sur les difficultés du présent et du futur.

De plus, les traitements médicamenteux semblent être vus assez favorablement.

L'intérêt des stratégies de coping centrées sur l'action (activités sportives ou artistiques) ou sur le soutien social est également souligné, permettant de mettre à distance les ruminations anxieuses concernant les stressés quotidiens, les traumatismes vécus et les angoisses quant à l'avenir, tout en étant moins stigmatisantes que les psychothérapies individuelles en face à face (41).

A noter que plusieurs points évoqués sont communs aux populations exilées de manière plus globale, et ont été retrouvés dans d'autres études sur les barrières dans l'accès aux soins en santé mentale chez les migrants (méfiance vis-à-vis des autorités, stigmatisation des services de santé mentale, barrière linguistique et culturelle, priorité aux facteurs de stress liés au « resettlement » (42)).

6) Conclusion et place de l'étude PASMMINA

Ainsi, plusieurs facteurs concourent à un accès aux soins en santé mentale insuffisant pour les mineurs non accompagnés, pourtant identifiés comme une population particulièrement à risque. Certains obstacles seraient plutôt d'ordre structurel ou organisationnel (défaut de structures de soins ambulatoires, dépistage insuffisant...), tandis que d'autres seraient plus liés aux caractéristiques intrinsèques des MNA, comme des réticences culturelles ou liées à leur parcours, des attentes différentes... A l'inverse, certaines pistes d'amélioration semblent émerger, par exemple en ce qui concerne les modalités de prise en charge thérapeutique.

Toutefois, il est à noter que l'accompagnement de ces jeunes dans des parcours de soins mobilise plusieurs professionnels de champs différents : référents de l'ASE, éducateurs du quotidien, professionnels de santé mentale... Or bien qu'ils semblent jouer un rôle clé dans le dépistage, l'adressage et la prise en charge, à ce jour et à notre connaissance, aucune étude n'a encore étudié les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans cette démarche. En adoptant un autre angle d'approche, cela pourrait pourtant dégager éventuels facteurs facilitateurs ou axes de travail pour une meilleure réponse aux besoins de santé mentale des MNA.

C'est donc les perceptions et vécus des professionnels du social et du médical concernant les difficultés rencontrées dans ces prises en charge qui ont été explorée à travers le protocole PASMMINA, tel que détaillé dans la partie suivante (Méthodes).

MATERIEL ET METHODES

I. POPULATION

Les professionnels interrogés dans cette étude se répartissent dans trois grands domaines: la santé mentale avec un psychiatre des urgences psychiatriques et trois pédopsychiatres travaillant en service d'hospitalisation, la protection de l'enfance avec quatre travailleurs sociaux de la MEOMIE, et l'accompagnement éducatif du quotidien. Pour ce dernier volet, les travailleurs sociaux ont été recrutés au sein de différentes structures : foyers, semi-autonomie avec appartements en colocation, équipe mobile passant dans les hôtels ; certaines étant spécialisées dans l'accueil des MNA et d'autres relevant de la protection de l'enfance plus large.

Les deux critères d'inclusion principaux étaient de travailler dans le Rhône et d'avoir déjà été confronté à des problématiques de santé mentale chez des mineurs non accompagnés.

Le choix de se limiter à une zone géographique précise a été fait dans le but de mieux étudier un ensemble défini, avec les ressources locales et l'articulation entre les différents intervenants.

Le recrutement s'est fait à travers des contacts précédemment créés au cours de prises en charge communes, mais également via les réseaux sociaux, permettant d'atteindre des professionnels non rencontrés par le passé.

L'accord des professionnels a été recueilli oralement.

II. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés entre avril et novembre 2020, période qui a été perturbée par les restrictions sanitaires liées à la crise de la Covid-19. Ainsi, les entretiens avec les psychiatres et les travailleurs de la MEOMIE ont tous pu se faire en présentiel pendant l'été

(dans un bureau à l'hôpital ou à la MEOMIE), mais quatre des cinq entretiens avec les représentants de l'équipe éducative ont dû se faire par téléphone.

Il s'agissait d'entretiens individuels semi-structurés, avec un guide d'entretien constitué de questions ouvertes (que l'on retrouve en annexe), suivi de manière non stricte afin de s'adapter au déroulement des échanges. Les professionnels avaient ainsi la possibilité de développer leurs réponses de manière assez libre, ponctués par des questions de relance, d'approfondissement ou d'orientation vers un thème suivant.

La durée des entretiens était majoritairement comprise entre 20 et 45 minutes, allant au maximum jusqu'à 1 heure 30 pour le plus long.

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits, mais le contenu intégral est resté confidentiel.

III. ETHIQUE

L'accord des professionnels a été recueilli oralement pour participer à la recherche, après information sur le déroulement et les objectifs de celle-ci.

Le protocole a été reçu un avis favorable du Comité d'éthique du Collège universitaire de médecine générale de l'université de Lyon 1. Les données ont été anonymisées.

IV. METHODOLOGIE

En ce qui concerne l'inclusion, un objectif théorique initial d'un minimum de 10 professionnels avait été fixé, pour disposer de suffisamment de matériau et d'éclairages différents. Le critère d'arrêt du recrutement était toutefois l'obtention de la saturation des données. Celle-ci correspond à une redondance des données issues des entretiens, lorsque ces derniers ne permettent plus de faire émerger de nouveau thème.

Les données ont été analysées selon les méthodes de la recherche qualitative avec une approche inductive et une analyse thématique (telle qu'elle est décrite par Intissar et Rabeb

(43)). La codification des retranscriptions des entretiens a permis de dégager les différentes idées et concepts ligne par ligne (ou par sous-paragraphe). Après l'extraction des données, celles-ci ont été organisées par regroupement en catégories thématiques. Enfin, ces catégories ont été rassemblées en grands axes que l'on retrouve dans le plan des résultats.

L'analyse des données a fait l'objet d'une triangulation des chercheurs, avec le regard de l'investigatrice principale (interne en psychiatrie) et du directeur de cette thèse (psychiatre et doctorant en philosophie), permettant également d'avoir une triangulation théorique pour augmenter la validité de l'analyse. (44)

RESULTATS

Récapitulatif des résultats (paragraphe II à VI)	
PARTICULARITES DES MNA ET IMPACT SUR L'ACCES AUX SOINS	
1) Un public plus vulnérable	a) Des profils variés b) De multiples facteurs de stress c) Psychopathologie
2) Obstacles et réticences des MNA	a) Méfiance / craintes vis à vis des soins b) autres objectifs et priorités c) autres ressources
3) Particularités du rapport à la vérité	a) majeurs / mineurs ? b) un récit « formaté »
SOINS EN SANTE MENTALE	
1) Difficultés d'accès	a) Verbalisation du mal-être b) Enjeu du dépistage / repérage précoce c) Orientation et modalités d'accès
2) Soins hospitaliers / soins ambulatoires	a) Hospitalisation : avantages et inconvénients b) Soins ambulatoires c) Aspect pharmacologique d) Limites des soins en santé mentale
3) Adaptation de la prise en charge aux spécificités des MNA	a) Repenser la prise en charge b) Liens avec la famille c) Liens avec le MNA
PRISE EN CHARGE SOCIALE ET EDUCATIVE	
1) Objectifs de la prise en charge sociale et éducative	a. Accompagnement des éducateurs du quotidien b. Accompagnement de la MEOMIE
2) Liens entre travailleurs sociaux et MNA	a. Liens entre les éducateurs du quotidien et les MNA b. Liens entre les travailleurs sociaux de la MEOMIE et les MNA
DEFIS DU TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE	
1) Relations interprofessionnelles	a. Liens psychiatres – éducateurs : du point de vue des psychiatres b. Liens psychiatres – éducateurs : du point de vue des éducateurs c. Liens entre les psychiatres et les travailleurs sociaux de la MEOMIE
2) Vécu des professionnels	a. Vécu des psychiatres b. Vécu des éducateurs c. Vécu des travailleurs sociaux de la MEOMIE
FACTEURS AIDANTS ET PISTES D'AMELIORATION	
1) Facteurs facilitateurs	
2) Perspectives d'amélioration	

Les verbatims illustrant les différents points qui se dégagent des entretiens peuvent être trouvés en annexe (Annexe 3).

I. POPULATION

Treize professionnels ont été inclus dans l'étude : quatre psychiatres (travaillant aux urgences psychiatriques ou dans des services d'hospitalisation en pédopsychiatrie), cinq travailleurs sociaux des structures éducatives du quotidien (foyer, équipe mobile, appartements en semi-autonomie), et quatre travailleurs sociaux de la MEOMIE. Parmi ces professionnels figurent sept femmes et six hommes, avec une mixité au sein des sous-groupes de métier.

Les travailleurs sociaux ont une expérience variable, certains étant nouvellement arrivés dans ce type de dispositif, et d'autres ayant déjà travaillé avec le public MNA pendant plusieurs années, y compris dans d'autres régions (ce qui leur confère alors un certain recul et des éléments de comparaison sur les modalités de prise en charge).

Les pédopsychiatres ont tous de nombreuses années d'expérience en service d'hospitalisation, ce qui semble nécessaire pour plus de représentativité, au vu de la relative faible représentation de MNA parmi les adolescents hospitalisés (bien qu'en augmentation ces dernières années).

Dans un souci de simplification et d'allègement du texte, les cinq professionnels travaillant dans les dispositifs éducatifs du quotidien ont été rassemblés sous le terme « **éducateurs** » dans le développement des résultats, bien qu'ils regroupent différents travailleurs sociaux : éducateurs spécialisés, coordinatrice éducative, assistante sociale... ; tandis que ceux de la MEOMIE sont souvent appelés « **travailleurs sociaux de la MEOMIE** ». Lorsque le thème générique « **travailleurs sociaux** » est utilisé, c'est pour désigner à la fois les équipes éducatives du quotidien et de la MEOMIE.

Le terme « **psychiatres** » regroupe quant à lui les trois pédopsychiatres et le psychiatre des urgences recrutés.

	Psychiatres	Educateurs	MEOMIE	Total
Femmes	1	3	3	7
Hommes	3	2	1	6
Total	4	5	4	13

II. PARTICULARITES DES MNA et IMPACT SUR L'ACCES AUX SOINS

1) Un public plus vulnérable

a. Des profils variés

Pour mieux comprendre la complexité de ces prises en charge, il convient premièrement de se pencher sur les spécificités de la population des MNA. Comme l'ont souligné plusieurs professionnels, il s'agit d'un public hétérogène aux profils variés, ne permettant pas de généraliser les prises en charge. Certaines tendances se dégagent toutefois.

Tout d'abord, il s'agit de « survivants », qui ont traversé seuls de nombreuses épreuves, ont côtoyé la mort, et ont dû faire preuve de beaucoup d'autonomie. Ce parcours de vie éprouvant peut entraîner une méfiance envers autrui, une tendance à l'indépendance et une perspective différente sur la souffrance avec une moindre demande de soins.

Paradoxalement, la force dont ils font preuve s'accompagne aussi pour un certain nombre d'entre eux d'une grande vulnérabilité. Ils sont en effet fragilisés par les traumatismes du passé mais également par les adversités du quotidien et leur isolement. Les éducateurs tout comme les psychiatres font état de jeunes parfois pris dans des réseaux de délinquance, des conduites de toxicomanie ou encore d'errance, compliquant leur accompagnement.

D'ailleurs, un des pédopsychiatres habitué à travailler avec les jeunes de la protection de l'enfance note une évolution au cours des dernières années dans le profil des MNA rencontrés. Alors qu'ils étaient initialement plutôt des « adolescents modèles » - et ainsi valorisants pour le personnel qui les encadre - une part de plus en plus importante des MNA présenterait des troubles du comportement, des transgressions multiples, des fugues etc...

Qu'elle soit réelle ou liée à des biais, cette évolution ressentie souligne en tout cas une sous-catégorie d'adolescents difficiles, incasables car exclus de nombreuses structures. Ce type de profil apparaît également dans les propos de plusieurs éducateurs ou travailleurs sociaux.

En dehors de ces cas extrêmes, certains professionnels soulignent toutefois qu'il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'adolescents, ou dans certains cas de jeunes adultes mais tout du moins

dans un processus adolescent, et que les transgressions et expérimentations sont courantes à cet âge de la vie. Ils sont de plus dans un processus d'évolution psychique avec un travail de deuils et d'investissements nouveaux à faire. Et comme les autres jeunes de leur âge, ils peuvent être plus réticents à investir un suivi psychologique ou psychiatrique.

b. De multiples facteurs de stress

Une autre caractéristique des MNA est l'exposition à de nombreux facteurs de stress. Sans revenir sur les différents traumatismes rencontrés avant le départ ou sur le parcours, la vie en France comporte aussi beaucoup d'adversités.

Le simple fait d'être dans un pays de culture radicalement différente entraîne une perte de repères et nécessite toute une phase d'adaptation, pour comprendre les codes et le fonctionnement de la société. Ce décalage permanent est source de stress au quotidien. Il s'accompagne également bien souvent de nombreuses désillusions qu'ils doivent gérer, entre leurs attentes idéalisées et la réalité de leur vie en Europe.

Ils sont confrontés à une précarité et une instabilité, avec parfois plusieurs changements de lieu de vie, qui peuvent par ailleurs être un facteur de décompensation psychique. Les discontinuités sont retrouvées sur tous les plans de leur accompagnement, avec par exemple dans les démarches administratives de nombreuses interruptions de CMU (élément rapporté à plusieurs reprises), des difficultés à s'inscrire dans des soins dans la durée, des sorties d'hospitalisation sans relais ambulatoire ou encore des sorties sèches de l'accompagnement de l'ASE à leur majorité. Ces ruptures s'accompagnent souvent de défaut de transmission d'informations (par exemple concernant les antécédents médicaux). Elles pourraient également faire écho aux nombreuses ruptures sur le parcours.

Plusieurs professionnels interrogés rapportent aussi des discriminations ou des violences institutionnelles envers les jeunes qu'ils accompagnent. Ces derniers sont souvent confrontés à une remise en doute permanente de leur parole, de leur histoire et de leur minorité par leurs interlocuteurs (soignants, juges...).

Sur le plan économique, les moyens alloués aux structures prenant en charge des MNA sont inférieurs à ceux pour les dispositifs de l'ASE classique, aussi bien en termes de budget que de personnel. L'orientation professionnelle de ces jeunes est par ailleurs imposée avec l'impératif d'une formation professionnalisante pour obtenir la régularisation, même s'ils ont des aspirations autres sur le plan des études.

De plus, la multiplication des intermédiaires, par exemple pour les démarches administratives type renouvellement de CMU, entraînerait plus de ruptures et de retards de prises en charge. Certains éducateurs rapportent aussi des refus par exemple de certains cabinets infirmiers libéraux de passer dans leurs structures, en raison d'un trop grand nombre de rendez-vous manqués par les jeunes des foyers.

Ainsi sur tous les plans, le fait d'être un jeune migrant isolé peut générer des inégalités.

Leur caractère « non accompagnés » les rend parfois livrés à eux-mêmes. En effet, l'accompagnement éducatif ne peut entièrement remplacer l'étayage qu'ils auraient eu avec leur famille. En témoignent les appartements en semi-autonomie, ou encore le personnel éducatif limité dans les foyers, qui ne permettent qu'une présence et attention partielles. Leur isolement peut aussi se rejouer à l'hôpital, lorsqu'il est plus compliqué pour eux que pour d'autres adolescents d'avoir de la visite ou qu'on leur amène des affaires. Enfin, il n'y a pas de réelle figure d'autorité, qu'il faut parfois resituer (le juge ou la MEOMIE représentant des notions assez floues d'autorité).

Sans doute l'un des plus grands facteurs de stress est la pression autour de la régularisation. L'obtention des papiers est un des principaux objectifs de l'accompagnement socio-éducatif, mais la temporalité est souvent courte, avec une dimension d'urgence dans les démarches. Les exigences sont nombreuses, avec des injonctions multiples et parfois contradictoires. Ces adolescents doivent ainsi intégrer beaucoup de nouvelles notions tout en remplissant un grand nombre de critères en termes de scolarité, de comportement, d'acculturation etc. L'enjeu est majeur, et les jeunes se montrent souvent particulièrement précautionneux sur ce qu'ils peuvent dire ou faire, de peur de compromettre leur réussite.

Mais la complexité des démarches aux multiples étapes (reconnaissance de la minorité, obtention d'un lieu d'hébergement, intégration d'une formation professionnalisante, puis encore nouvelle procédure à la préfecture pour espérer obtenir des papiers à la majorité)

donne une impression d'accumulation perpétuelle, qui peut réactiver à chaque fois un nouveau stress et un sentiment de découragement.

Toutefois, certaines étapes-clés, notamment l'accès à l'hébergement ou à la scolarité, semblent souvent apporter une amélioration sur le plan psychique. Mais certains éducateurs notent parfois une majoration symptomatique lorsque les MNA arrivent en structure et que leur situation « se pose », comme s'ils pouvaient enfin s'autoriser à « lâcher » et à sortir de la survie.

Par ailleurs, le cas particulier de la demande d'asile (qui est possible également chez les mineurs, et se déroule dans une procédure parallèle avec une demande à l'OFPRA) peut majorer le stress des MNA. Non seulement ceux qui demandent une protection internationale ont potentiellement vécu des événements plus traumatiques dans leur pays, mais aussi le récit qu'ils doivent faire pour leur demande d'asile à l'OFPRA, en supplément de celui déjà fait auprès de Forum Réfugiés pour leur reconnaissance de minorité, risque de réactiver à nouveau les traumatismes.

En plus des démarches administratives, certains jeunes doivent aussi faire face aux pressions de leur famille ou des passeurs. Ils se retrouvent en effet parfois avec de grosses sommes à rembourser aux passeurs, ou au village qui s'est endetté pour leur départ. Les injonctions de réussite (notamment financière), qu'elles soient formulées par la famille ou émanant du jeune lui-même, sont souvent très présentes.

Enfin, le confinement imposé par la crise sanitaire de la Covid 19 a eu des impacts spécifiques sur un certain nombre d'entre eux, en plus du retentissement sur la santé mentale de la population en général. Le confinement a en effet majoré leur isolement, notamment pour les jeunes à l'hôtel ou en appartement en semi-autonomie, ou au contraire a entraîné une grande promiscuité en cas de confinement avec un / des colocataires sans échappatoire. Le passage éducatif a été nettement réduit, et ils ne pouvaient plus s'appuyer non plus sur le soutien social de leurs pairs qui semble être un facteur protecteur important. Des éducateurs se sont interrogés sur un éventuel parallèle avec des enfermements qu'ils auraient pu vivre sur leur parcours. Et surtout, les démarches administratives ont pour

beaucoup été perturbées et retardées, ce qui, sachant l'enjeu majeur qu'elles représentent, a été une forte source de stress.

c. Psychopathologie

D'un point de vue clinique, différents symptômes ou troubles sont rapportés par les professionnels interrogés. Ceux qui travaillent en hospitalisation (et donc qui prennent en charge des pathologies plus lourdes) font état le plus souvent de troubles psychotiques, tandis que les éducateurs rapportent souvent des troubles anxieux ou dépressifs, des troubles somatiques, des addictions, ou encore des troubles du comportement (fugues, transgressions), voire des conduites suicidaires. A noter qu'un certain nombre de jeunes hospitalisés semblaient avoir une fragilité antérieure sur le plan psychique.

La psychopathologie est toutefois d'une complexité particulière en raison de l'intrication de plusieurs facteurs. La culture d'une part peut entraîner une expression différente de la détresse, dont les soignants n'ont pas forcément les codes. Les difficultés diagnostiques qui en découlent impactent la prise en charge, avec par exemple une hospitalisation plus fréquente en cas de trouble psychotique, tandis que le traumatisme se traite préférentiellement en ambulatoire. D'autre part, la situation sociale a aussi un impact majeur sur la clinique, ce qui entraîne des difficultés peut-être encore plus importantes que la différence culturelle.

Par ailleurs, ces jeunes ont dans la quasi-totalité été confrontés à des événements traumatiques, qui peuvent en eux-mêmes être des facteurs déclenchants de troubles psychiatriques, mais aussi modifier l'expression clinique de la détresse.

De plus, le parcours peut faire écran de par son caractère particulièrement traumatique, empêchant l'accès plus profond à l'histoire du patient et l'analyse plus fine sur le plan clinique.

2) Obstacles et réticences liés aux MNA

a. Méfiance / craintes vis à vis des soins

Les réticences provenant des MNA eux-mêmes sont multiples, constituant autant de freins à une démarche de soins. En premier lieu, citons les barrières culturelles, avec des représentations négatives vis à vis de la santé mentale, ou encore une ignorance du métier de psychiatre ou psychologue, avec des stratégies de gestion de la détresse autres.

Cette méconnaissance est aggravée par le manque d'explications, qui ne concerne par ailleurs pas que les soins psychiques mais bien la santé en général. L'exemple des prises de sang a été donné dans plusieurs entretiens : sans informations et réassurance quant à cet acte, il était vécu comme potentiellement dangereux et source d'angoisses pour plusieurs jeunes.

D'après certains professionnels, les MNA pourraient de plus avoir peur du regard des autres, ou seraient freinés par leurs propres représentations, lorsqu'aller voir un « psy » est vu comme un aveu de faiblesse, un échec.

On note également une méfiance très présente chez ces jeunes vis à vis d'autrui et notamment des institutions, qui s'est probablement construite au fil des adversités de leurs parcours. Certains MNA auraient par ailleurs déjà associés les blancs (même du domaine du soin) au danger dans leur propre pays, avec l'exemple d'essais médicamenteux qui auraient été faits dans leurs populations.

La méfiance pourrait également être renforcée par de mauvaises expériences personnelles ou de leur entourage. Ainsi, certains adolescents auraient mal vécu la violence d'un passage aux urgences psychiatriques, ou observeraient certains de leurs pairs « transformés » (au sens négatif) par des traitements aux effets secondaires manifestes.

Et en plus d'une peur vis à vis des soins en eux-mêmes, le simple fait d'aller à l'hôpital générerait chez certains de fortes réticences à l'idée d'être « enfermé », ce qui pourrait rappeler certaines étapes de leur parcours.

Enfin, un autre obstacle important semble être lié au caractère souvent « formaté » de leur récit, comme nous le développerons plus loin. Un grand nombre de jeunes donne en effet une histoire au moins partiellement « construite », dont les professionnels qui les accompagnent reconnaissent d'ailleurs des éléments stéréotypés. Ils n'auraient ainsi guère envie de devoir répondre à trop de questions sur leur parcours ou leur vie, par crainte que des incohérences ou lacunes soient mises en lumière.

b. Autres objectifs et priorités

Comme nous l'avons vu précédemment, les quelques mois ou années de présence sur le territoire avant leur majorité sont denses en termes de démarches et de critères à remplir : reconnaissance de leur minorité, accès à un hébergement, apprentissage de la langue et des codes culturels, formation professionnalisante... Ainsi, les priorités de ces jeunes sont avant tout leur scolarité et in fine leur régularisation, faisant passer toute autre préoccupation (dont la santé mentale) au second plan.

La non demande peut être renforcée par leur caractère de « survivants », avec une moindre tendance à se plaindre alors qu'ils ont réussi à arriver en vie après avoir tant côtoyé la mort.

La temporalité est également différente. Les nombreuses démarches et conditions à remplir sont coûteuses en temps et en énergie, et se placent sur un plan très différent de celui d'un suivi psychologique ou psychiatrique. Ces derniers, d'un rythme plus lent, dont on ne voit pas les effets immédiats et sans impact direct sur la régularisation, peuvent leur sembler peu pertinents.

La question de la compatibilité des soins avec l'accompagnement socio-éducatif est relevée à la fois par les jeunes et par les professionnels qui les accompagnent. Une hospitalisation pourrait en effet retarder les démarches administratives, retentirait potentiellement sur la scolarité... Par ailleurs, certains travailleurs sociaux s'interrogent sur la possibilité que des aménagements type MDPH puissent déboucher sur une régularisation, lorsque la scolarité est impossible pour des raisons de santé.

Enfin, certains MNA ont un parcours d'errance marqué, ils ne s'inscrivent dans aucun accompagnement et ils sont totalement désinsérés. Ils peuvent même se retrouver pris dans des réseaux de délinquance, ou de toxicomanie. On peut alors facilement imaginer que les considérations de santé mentale sont très loin des préoccupations de ces jeunes.

c. Autres ressources

Pour finir, si les mineurs non accompagnés ne se tournent pas spontanément vers les soins en santé mentale, c'est également parce qu'ils peuvent avoir d'autres ressources qui leurs sont propres. Parmi celles rapportées lors des entretiens, on relève le lien social et l'aspect de communauté et de solidarité. Les relations avec leurs pairs, d'autant plus lorsqu'ils partagent la même origine, semblent en effet être un fort facteur de soutien chez ces adolescents isolés et exilés.

En plus des groupes d'amis à l'extérieur ou des colocataires, une des professionnelles a également évoqué l'hôtel comme un lieu pouvant paradoxalement renforcer une certaine collectivité. En effet, bien que souvent associé à une image d'isolement plus marqué, cela peut également être un lieu de rencontres entre les différents résidents, et de solidarité y compris avec des bénévoles d'associations qui s'y rendent.

Ces derniers, quels que soient leurs cadres et leurs lieux d'intervention (passage dans les hôtels, permanences d'aide aux devoirs...), peuvent être une ressource supplémentaire pour ces jeunes. Ils occupent une position un peu différente de celle des professionnels, permettant un autre type d'interactions, et peuvent également présenter des similitudes dans l'origine culturelle ou la langue.

Un certain nombre de MNA disent aussi trouver force et réconfort dans leur pratique religieuse, qui les aide à faire face aux adversités tout en y mettant un sens.

Enfin, les conduites addictives ont été mentionnées à plusieurs reprises. La consommation de cannabis et le mésusage de médicaments comme le Lyrica semblent notamment être un

moyen retrouvé chez toute une partie de cette population pour apaiser les angoisses, les troubles du sommeil et autres souffrances psychiques.

3) Particularité du rapport à la vérité

a. Mineurs / majeurs ?

Une des questions indissociables des MNA, justement car il s'agit d'un des critères principaux leur permettant d'être reconnus comme tels, est celle de la minorité. Ils doivent tout faire pour la prouver afin d'être pris en charge, mais dans un nombre non négligeable de cas, le doute de la part des professionnels qu'ils rencontrent – que ce soit dans le milieu du soin, éducatif, scolaire ou encore administratif – persiste, voire leur majorité est manifeste. Il arrive par ailleurs que les « adolescents » révèlent leur vrai âge aux soignants ou aux travailleurs sociaux qui les accompagnent, le plus souvent après un certain temps, lorsqu'un lien de confiance suffisamment fort a pu se créer.

La gestion de cette majorité suspectée, évidente ou révélée est variable en fonction des interlocuteurs, mais elle n'est pas sans susciter certaines difficultés rapportées au cours des entretiens. Tout d'abord, le fait de « savoir » mais « faire comme si de rien n'était » crée une sorte de tabou remis en question par certains professionnels. Ce « mensonge » sur lequel on ferme les yeux induit en effet en quelque sorte un flou vis-à-vis du cadre réglementaire. Or, en particulier pour ce public en perte de repères et sans figure d'autorité précise, certains pédopsychiatres soulignent l'importance de travailler dans la loi, de tenir le cadre et être clair.

En plus de mettre des professionnels dans une position inconfortable, l'impact potentiel sur la santé mentale de ces jeunes a été soulevé. Ainsi, certains travailleurs sociaux s'interrogent sur des possibles conséquences psychologiques à toujours « jouer à l'adolescent », se faire passer pour quelqu'un d'autre. Une des professionnelles interrogée relate même des expériences passées dans un autre service où elle réalisait les entretiens d'évaluation, au cours desquels certains « adolescents » craquaient et révélaient épuisés leur vrai âge.

Le décalage induit entre l'âge réel et celui du public visé par l'accompagnement éducatif ou les soins complique également la prise en charge. Les dispositifs ne sont pas adaptés : l'accompagnement éducatif est pensé pour des adolescents dans son cadre, les rapports avec les éducateurs, les activités proposées etc. Cela est encore plus manifeste à l'hôpital, où le cadre particulièrement strict pour les mineurs n'est pas adapté à des adultes qui aspirent à plus de liberté et d'autonomie.

La différence d'âge se manifeste également dans les rapports avec les autres adolescents, qui ne présentent pas du tout le même niveau de maturité. L'idée que de jeunes adultes puissent côtoyer de jeunes adolescentes par exemple à l'école peut également générer certaines inquiétudes chez les travailleurs sociaux, avec l'arrière-pensée d'un débordement qui ne peut être exclu.

Enfin, le risque d'avoir un passif de consommation de substances augmente avec l'âge, et ces jeunes adultes peuvent présenter des conduites addictives bien installées car débutées il y a plusieurs années.

b. Un récit « formaté »

Un élément récurrent à chaque fois lorsque l'on aborde la thématique des MNA est le caractère « construit », « plaqué » de leur discours, formaté par ce que les passeurs ou leurs pairs ont pu leur dire. Les conséquences concernent à fois les relations avec les autres, le stress au quotidien, et la prise en charge psychologique ou psychiatrique.

Il faut tout d'abord noter que sur ce point, le public des mineurs non accompagnés diffère des prises en charge de l'ASE classique. Habituellement, les enfants ou adolescents sont confiés à l'ASE après une enquête débouchant sur un rapport avec des faits vérifiés. Les assistants sociaux et éducateurs ont ainsi une base concrète sur laquelle construire leur accompagnement, notamment en ce qui concerne les antécédents, l'histoire de vie, la famille... Avec ces jeunes exilés, le travail est bien différent car tout est incertain.

Le caractère construit du récit peut entraîner des réactions négatives et notamment de la méfiance de la part des différents professionnels qu'ils vont rencontrer au cours de leurs démarches mais également parfois dans les soins. Ainsi, ne sachant jamais où est la limite entre la véracité et l'inventé, leurs interlocuteurs peuvent avoir tendance à remettre en permanence en doute leurs propos ou leur parole, ce qui altère le lien de confiance.

Et à l'inverse, les jeunes doivent également être très prudents pour ne pas se contredire et se tenir au récit énoncé, au risque sinon de mettre en danger leur statut de mineur non accompagné et surtout leur régularisation. Afin d'éviter toute incohérence, ils se doivent d'être particulièrement vigilants, ce qui peut engendrer un stress constant et une méfiance généralisée envers autrui, qui plus est envers les institutions.

D'ailleurs, lorsque la MEOMIE reprend avec eux le parcours pour préparer la régularisation et éviter les incohérences, certains travailleurs sociaux notent qu'il est difficile pour ces jeunes d'être bousculés dans le « mensonge » dans lequel ils se sont construits.

Cependant, les psychiatres tout comme les professionnels socio-éducatifs interrogés s'accordent souvent sur l'importance d'une transparence et d'une sincérité avec le jeune, en l'informant lorsque des éléments semblent incohérents ou peu plausibles – tout comme pour la question de la minorité. Cela permet à la fois d'informer des risques éventuels que le jeune prend, pour qu'il ne se mette pas en danger inutilement, ou encore de lui faire prendre conscience des doutes qu'il peut éveiller, mais aussi de renforcer l'alliance et la construction d'un lien de confiance.

Enfin, les soins en santé mentale sont fortement impactés par cette composante d'incertitudes. En effet, les antécédents, le mode de vie, l'histoire personnelle et familiale sont autant d'éléments essentiels pour un travail psychologique ou psychiatrique. En particulier pour la prise en charge de traumatismes ou de troubles dépressifs, il est indispensable de se baser sur des éléments de réalité, pour mieux comprendre l'émergence des symptômes, savoir ce que l'on traite et comment soigner au mieux.

III.SOINS EN SANTE MENTALE

1) Difficultés d'accès

a. Verbalisation du mal-être

Le repérage précoce et donc l'accès aux soins est limité chez les MNA par des difficultés dans la verbalisation de leur détresse. Celles-ci sont de plusieurs ordres.

La langue peut être une première barrière. Si certains jeunes sont totalement allophones, d'autres parlent plus ou moins bien le français, mais n'ont pas forcément la finesse de vocabulaire pour exprimer leurs ressentis.

Il peut de plus exister un frein culturel dans la simple interaction entre le jeune et son interlocuteur : parler à une femme, blanche, adulte ne lui est pas forcément spontané ni aisé. A cela s'ajoutent des barrières culturelles dans la verbalisation de son état émotionnel, car il n'est pas usuel partout de parler de sa détresse à autrui.

Nous avons également déjà évoqué la méfiance qui est souvent présente chez les MNA, à la fois « formatés » par les passeurs et pris dans des injonctions contradictoires pour leur régularisation. Les nombreuses précautions prises par les jeunes dans ce qu'ils peuvent dire ou non limitent l'expression de leur souffrance.

Il faut aussi prendre en compte la temporalité. Lorsque les événements difficiles sont trop récents, que le jeune est encore dans la sidération, ou pris dans d'autres urgences (celle de trouver un logement, une formation), il peut être trop tôt pour laisser émerger sa souffrance et la mettre en mots. Il est préférable d'attendre un minimum de stabilité, que les jeunes soient « posés ».

Enfin, certains traumatismes sont tout simplement indicibles, car trop violents ou source de honte, par exemple en ce qui concerne les agressions sexuelles. En cela, la verbalisation peut être un peu plus abordable pour les jeunes qui font en parallèle une demande d'asile, car ils ont déjà dû retravailler leur histoire et mettre des mots sur ce qu'ils ont vécu au cours de la préparation du récit pour l'OFPRA.

Par ailleurs, même s'il peut être trop difficile de dire la souffrance, certains adolescents trouvent tout de même d'autres moyens pour l'exprimer, conscients ou inconscients. Ainsi, chez certains, le mal-être se traduit surtout par des plaintes somatiques diverses, qui peuvent être soit une autre voie d'accès aux soins, soit l'occasion de parler des circonstances d'apparition d'une blessure (par exemple dans le cas de violences physiques). Il leur est également souvent plus facile de parler de troubles du sommeil, même si les jeunes ne font pas forcément le lien avec leur histoire.

D'autres ne racontent pas directement, mais montrent à leurs éducateurs ou référents de la MEOMIE des vidéos par exemple de la traversée de la Méditerranée, support au partage de leur vécu traumatique.

Les éducateurs notent également que la parole se libère plus facilement dans les temps informels qui permettent au lien de confiance de se constituer. Les médiations (artistiques, sportives...) peuvent aussi favoriser l'expression des émotions.

A noter par ailleurs que plusieurs professionnels ont rapporté une augmentation de la verbalisation des angoisses ou de la souffrance psychique au cours du confinement ou juste au décours de celui-ci.

b. Enjeu du dépistage et du repérage précoce

Malgré ces difficultés de verbalisation, le dépistage des troubles reste un enjeu de santé mentale majeur chez ces jeunes. En plus de l'expression directe de la souffrance par le MNA, différents éléments peuvent aider à repérer la détresse psychique.

Chez certains, la détresse est patente, et peut être reconnue rien que dans la communication non verbale (jeune prostré, abattu, voix basse et monocorde, voire mutisme...). Dans d'autres cas, elle va se manifester sous la forme de conduites addictives, qui ne seraient pas rares dans cette population.

Un des signes les plus marquants est le retentissement sur la scolarité, qui est souvent le signal d'alarme indiquant la nécessité de soins pour les professionnels de la MEOMIE ou les éducateurs.

Dans bien des situations, les inquiétudes pour la santé mentale d'un jeune peuvent être portées par des intermédiaires qui ont plus facilement accès à la souffrance de celui-ci.

Il peut s'agir par exemple de colocataires ou de jeunes de l'entourage, qui vont alerter les référents éducatifs sur le mal-être d'un de leurs pairs. Pour les MNA qui sont à l'hôtel, certains hôteliers qui ont un lien privilégié avec eux, avec une relation un peu différente de celle des éducateurs ou référents sociaux, à qui ils peuvent également faire remonter leurs préoccupations.

Lorsque les équipes éducatives qui accompagnent ces jeunes disposent d'un psychologue ou d'une infirmière, ces derniers peuvent aussi servir d'intermédiaires. Ils peuvent en effet avoir des contacts plus aisés avec les jeunes, et alors détecter des signes de mal-être et les orienter vers les soins. D'autres fois, c'est le médecin généraliste, consulté pour un motif somatique, qui peut à cette occasion accueillir la détresse du jeune et l'adresser vers des soins adaptés.

L'école peut aussi être à l'origine d'un signalement aux éducateurs ou à la MEOMIE de préoccupation quand à la santé psychique de l'élève qu'ils accueillent. Toutefois, les éducateurs du quotidien sont souvent en première ligne dans le repérage de la souffrance psychique.

Les professionnels peuvent aussi s'appuyer sur le rapport d'évaluation de la minorité de Forum Réfugiés, qui mentionne parfois des éléments traumatiques particuliers auxquels ils pourront alors être plus attentifs.

Enfin, sans être trop intrusifs, les travailleurs sociaux de la MEOMIE abordent souvent l'état psychologique dès le premier entretien, laissant la porte ouverte au jeune pour en parler s'il le souhaite et y est prêt.

Cependant, concrètement les différents corps de métiers interrogés déplorent tous un manque de moyens et de formation dans les structures éducatives. Le personnel se trouve parfois bien dérouté devant certains symptômes des MNA, ou alors n'a que des connaissances limitées sur la psychopathologie des adolescents migrants, ce qui peut entraîner un retard dans le dépistage.

Par ailleurs, les éducateurs ont un grand nombre de jeunes en charge (plus que dans les structures de l'ASE classique), dont un certain nombre sont dans des appartements en semi-

autonomie. Ils ne peuvent ainsi pas être aussi attentifs aux différents adolescents qu'ils le souhaiteraient – ce qui est encore plus vrai pour les travailleurs sociaux de la MEOMIE qui les voient encore moins.

Enfin, les troubles s'acutisent souvent le soir ou la nuit, moments où le personnel est le plus limité en nombre, et avec des veilleurs de nuit qui ont souvent encore moins accès à des formations sur la santé mentale des MNA.

Psychiatres comme travailleurs sociaux de la MEOMIE et éducateurs s'accordent sur l'importance d'un repérage le plus précoce possible, pour éviter l'arrivée dans les soins en état de décompensation recours à l'hospitalisation en situation de crise.

c. Orientation et modalités accès

En pratique, une porte d'entrée non rare dans les soins semble être l'hospitalisation via les urgences, dans une situation de crise en état de décompensation (troubles du comportement, crise clastique ou suicidaire...). Les problèmes sont alors multiples : d'une part le risque pour les accompagnants tout comme les médecins qui les reçoivent est de se focaliser sur les faits, les symptômes de crise, au détriment d'une lecture plus globale.

D'autre part, le passage aux urgences en lui-même peut être vécu comme une violence, avec un recours non négligeable à la chambre de soins intensifs dans les premiers jours pour les jeunes qui ont ensuite été hospitalisés, et un contact aux urgences avec des adultes présentant des pathologies potentiellement lourdes, des « personnes bizarres ». Cette modalité d'accès complique le lien et l'adhésion aux soins.

Les éducateurs rapportent par ailleurs plusieurs échecs d'adressage aux urgences, où le jeune n'est finalement pas gardé car « pas assez malade ». Se pose alors la question de l'orientation pour ces jeunes, avec un sentiment d'impasse.

Une éducatrice décrit également l'impression que la parole éducative n'est pas suffisamment prise en compte, et qu'elle n'est pas écoutée lorsqu'elle interpelle ou communique ses inquiétudes pour le jeune.

En ce qui concerne le suivi ambulatoire, les éducateurs se disent souvent en difficulté pour orienter les MNA, d'une part ne sachant pas qui interpeler par manque de connaissances ou de liens avec les soignants, d'autre part en raison d'un manque de places disponibles dans les systèmes de soins. Il n'est pas rare qu'ils se retrouvent face à des refus en chaîne, et parfois c'est paradoxalement le jeune qui est en demande de suivi mais qui ne peut en bénéficier !

Les travailleurs sociaux de la MEOMIE et éducateurs du quotidien se retrouvent également ainsi en position d'orientation, d'adressage vers tel ou tel type de soins, alors qu'ils ne sont pas forcément compétents pour poser l'indication du suivi le plus approprié.

L'intérêt du réseau a été souligné à plusieurs reprises, l'orientation étant plus facile lorsqu'ils ont eu des contacts préalables avec des soignants et peuvent plus facilement les solliciter.

Par ailleurs, avant même d'accéder à un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique, une première étape semble possible via des médiations lorsqu'elles sont disponibles, comme l'art-thérapie, le sport, ou encore par des lieux comme l'Espace psychosocial de l'Orspere Samdarra (qui est un d'accueil inconditionnel, d'échanges et d'expression). Cette première approche permettrait au jeune d'apprivoiser la possibilité d'exprimer (de manière détournée) ses émotions et ressentis ou de développer ses ressources, avant de pouvoir peut-être investir un suivi plus individuel dans deuxième temps.

2) Soins hospitaliers / soins ambulatoires

a. Hospitalisation : avantages et inconvénients

Le séjour à l'hôpital peut permettre un temps de pause, être un lieu de répit et de repos, avec toutefois le risque d'induire une certaine passivité.

Il permet une réassurance du jeune, en lui donnant un cadre stable et des repères au milieu de son parcours aux nombreuses ruptures.

L'hospitalisation peut également être l'occasion de repenser le projet de vie. Certains jeunes ont pu « se poser » à l'hôpital et ainsi avoir un environnement propice à la redéfinition de leurs aspirations et priorités. Quelques-uns ont alors fait émerger l'envie de retourner au pays. D'autres ont pu entamer un travail sur leurs désillusions multiples (deuils quant à

l'accueil idéalisé qu'ils avaient imaginé en France, écarts entre leurs désirs et les contraintes imposées par les conditions de régularisation, choix professionnels limités par leur niveau d'éducation préalable et la nécessité d'avoir un métier rapidement...). Certains MNA ont ainsi pu modifier leurs projets, que ce soit sur le plan de l'orientation professionnelle ou du type d'hébergement.

En revanche, l'indication d'hospitalisation doit être bien pesée, car elle peut également s'accompagner d'inconvénients selon les situations. Tout d'abord, le cadre de l'hôpital – encore plus pour les adolescents – est très contraint. Les nombreuses règles contrastent avec l'autonomie dont ils ont dû faire preuve tout au long de leur parcours et dont ils ont encore l'habitude à l'extérieur. La confrontation avec le cadre strict peut ainsi être source d'incompréhensions et de conflits avec le jeune. Cela est d'autant plus vrai que comme nous l'avons vu précédemment, les soins sont souvent imposés aux MNA qui arrivent aux urgences en situation de crise, compliquant grandement l'adhésion.

Une des grandes craintes des pédopsychiatres, du fait de prises en charge très compliquées dans ces situations par le passé, est que le jeune se retrouve sans hébergement et que l'hôpital devienne un lieu de vie. En effet, il serait déjà arrivé que des foyers refusent de réaccueillir le jeune (par exemple suite à un passage à l'acte particulièrement grave ou un comportement trop inquiétant), et qu'en attendant de trouver une autre structure adaptée, le MNA se retrouve « bloqué » à l'hôpital. De plus, en cas d'absence d'étayage éducatif suffisant, certains jeunes se seraient retrouvés sans visite pour les voir ou leur apporter des affaires, renforçant l'impression de rejet et de solitude.

Ainsi, comme dans toutes les situations où la problématique sociale est fortement intriquée avec la problématique psychiatrique, le rapport bénéfices-risques de l'hospitalisation est soigneusement évalué dès les urgences, et les psychiatres insistent sur le caractère indispensable de garder un lieu de vie.

Enfin, un des autres risques d'après les médecins est celui de créer de faux espoirs, de laisser penser que l'hôpital va régler le problème. Alors que même si elle peut permettre un temps de pause et de mise en place de soins, l'hospitalisation n'est pas la « solution magique » qui va résoudre toutes les difficultés du jeune.

b. Soins ambulatoires

L'ensemble des personnes interrogées s'accorde pour dire que les consultations ambulatoires sont la modalité de soins à privilégier.

Certains éducateurs décrivent d'ailleurs un réel apaisement clinique après la mise en place du suivi, avec une disparition des crises.

Toutefois, de nombreux obstacles jalonnent l'instauration et la poursuite du suivi. L'accès aux psychologues est souvent très réduit – en dehors de ceux travaillant à temps partiel dans des structures – en raison du coût des consultations non remboursées. Les limites financières peuvent aussi concerner l'accès aux psychiatres libéraux.

Le CMP, soin public de référence, ne semble pas toujours adapté en raison des délais avant un premier rendez-vous, et des problèmes de sectorisation. Il faut en effet habiter depuis un certain temps dans un secteur géographique pour pouvoir prétendre accéder au CMP, ce qui est souvent peu compatible avec l'instabilité de ces jeunes pouvant être amenés à changer de structures à plusieurs reprises. Le CMP n'a par ailleurs pas de spécificité transculturelle.

Comme c'est une population chez qui les retards et interruptions de CMU sont particulièrement fréquents, la seule structure de soins possible est parfois la PASS, le temps que les démarches se régularisent.

Il faut noter par ailleurs que les MNA, du fait des potentielles difficultés d'adhésion déjà citées et de la priorité souvent mise sur les cours, peuvent pour certains ne pas honorer tous les rendez-vous. Les consultations loupées sont un frein supplémentaire pour les professionnels du soin qui peuvent avoir plus de réticences à les accueillir.

Enfin, lorsque l'entrée dans les soins s'est faite par une hospitalisation, et que le jeune a pu au cours de son séjour créer une relation de confiance avec les soignants, le relais ambulatoire peut être difficile car il implique une rupture supplémentaire.

En revanche, le Centre Essor a plusieurs fois été cité comme un lieu de soins de référence, vers lequel plusieurs adressages ont été faits, avec une prise en charge dont les éducateurs et les adolescents semblent souvent satisfaits.

c. Aspect pharmacologique

En ce qui concerne le traitement pharmacologique, les retours sont mitigés. Certains jeunes seraient particulièrement réticents à prendre des médicaments, tandis que d'autres se montreraient demandeurs, en vue d'un apaisement symptomatique (par exemple sur les troubles du sommeil).

Toutefois, le plus souvent les éducateurs ne sont pas présents pour s'assurer de l'observance (notamment pour les jeunes à l'hôtel ou en appartements en semi-autonomie), ce qui peut engendrer des inquiétudes ou des doutes quant à celle-ci.

d. Limites des soins en santé mentale

Qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, les soins semblent présenter plusieurs limites. Sans revenir sur le caractère violent de l'hospitalisation imposée avec passage aux urgences, les modalités de prise en charges ne semblent pas toujours adaptées au public des MNA. Tout d'abord, la plupart des professionnels regrettent un manque de connaissances dans le champ de la psychiatrie transculturelle, aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique.

Se pose également le problème de la temporalité des soins. Les éducateurs notent que les MNA ont souvent besoin que les choses « avancent vite », avec des solutions concrètes, et auraient du mal à investir un suivi avec une temporalité plus lente. Des jeunes auraient de plus verbalisé des difficultés avec l'approche psychothérapique classique

Enfin, dans un certain nombre de cas, les soins sont des soins « par défaut », l'orientation étant parfois très contrainte par le manque de places. Une éducatrice donne l'exemple d'une porte d'entrée addictologique, car seul accès aux soins disponible, bien que celle-ci semble culpabilisante et pas la plus adaptée à la problématique globale du jeune.

3) Adaptation de la prise en charge en santé mentale aux spécificités des MNA

a. Repenser la prise en charge

Les spécificités sociales, culturelles et psychopathologiques des mineurs non accompagnés nécessitent une certaine adaptation de la prise en charge.

Un des grands défis pour les pédopsychiatres est de travailler sans le contexte familial et les liens directs avec les parents. Il manque ainsi un grand axe de la prise en charge, nécessitant de repenser l'approche habituelle pour tout de même accompagner au mieux le jeune malgré l'absence de ces données.

Bien que ce soit le cas pour tout patient, la nécessité de globalité dans la prise en charge est particulièrement marquée chez ces adolescents du fait de la complexité leur problématique avec plusieurs dimensions intriquées. Le travail pluridisciplinaire est d'autant plus important.

Le cadre même des soins doit également être repensé pour s'adapter au fonctionnement, aux réticences et au besoin d'indépendance de ces jeunes. En ce qui concerne l'hospitalisation par exemple, il est nécessaire d'introduire un peu de souplesse dans les règles et dans la prise en charge si l'on veut éviter la confrontation dans l'incompréhension de contraintes qui ne font pas sens pour le jeune. Cela risquerait sinon de bloquer encore plus le patient.

Pour les soins ambulatoires, le degré de tolérance des professionnels aux rendez-vous non honorés impacte aussi fortement la prise en charge. Une éducatrice cite une approche plus flexible d'un CMP qui a permis de créer une accroche avec un jeune en détresse, bien qu'elle reconnaisse que cela engendre des difficultés organisationnelles.

b. Liens avec la famille

Bien que seuls sur le territoire français, les mineurs non accompagnés ont pour la plupart encore leur famille au pays. L'importance de la faire exister et d'entrer en contact avec elle a été citée par tous les pédopsychiatres.

Cela permet tout d'abord de sortir ces jeunes de leur isolement, de les replacer dans un contexte familial, et de resituer une figure d'autorité (car l'autorité effective en France, représentée par le juge, n'a souvent pas beaucoup de sens pour eux).

Par ces liens, les soignants peuvent aussi accéder à l'histoire familiale, aux antécédents de l'adolescent ou de ses proches, et mieux saisir l'arrière-plan culturel. Ces éléments enrichissent fortement la compréhension du jeune et sa prise en charge, d'autant plus que c'est un facteur d'alliance. Plusieurs cas de jeunes pour lesquels le lien a été nettement facilité après la prise de contact avec leurs parents sont rapportés en exemples.

L'échange avec la famille peut également être l'occasion de discuter avec les parents et le jeune de l'éventualité d'un rapatriement, parfois souhaité par tous. A noter que dans certains cas, cela peut au contraire être source de désaccords et de tensions, par exemple pour un jeune qui demandait à rentrer au pays tandis que sa famille refusait.

c. Liens avec le MNA

Tout l'enjeu pour le soignant est de réussir à créer une relation de confiance avec le jeune qu'il prend en charge, malgré la méfiance et les réticences de celui-ci. Différents facteurs aident à la création de ce lien.

Tout d'abord, les psychiatres insistent sur l'importance de l'honnêteté, de la transparence avec le patient, et de lui donner des explications sur les soins. Ainsi quand ils ont l'impression que le discours n'est pas authentique, certains n'hésitent pas à le dire au jeune, non pas dans un but d'accusation mais pour expliciter le besoin de travailler avec la vérité afin de pouvoir réellement l'aider.

Le travail des désillusions nécessite aussi une franchise de la part des professionnels, pour aider le jeune à prendre conscience de la réalité de ses possibilités en France et de ce qui ne lui est pas accessible, plutôt que de le laisser aspirer à des projets irréalisables.

Un autre élément particulièrement important à expliquer, car pas forcément facile à comprendre pour le MNA, est le secret professionnel. La distinction entre les différentes

institutions n'est pas toujours claire, et il est nécessaire d'explicitier la confidentialité de ce qui se dit en entretien. Ainsi, il faut rassurer le jeune sur l'absence de lien entre les médecins et la préfecture, et la non communication d'informations à la MEOMIE et aux éducateurs, hormis ce qui est indispensable à leur accompagnement. Sans cela, il est très compliqué d'avoir accès à autre chose que le discours « plaqué » et construit habituellement livré.

Enfin, ces soins nécessitent des prises de risques par les professionnels, par exemple pour la décision de sortie d'hospitalisation. Le fait d'explicitier la confiance que l'on fait au jeune et l'acceptation du risque que l'on prend d'un commun accord renforce également l'alliance, même si finalement une réhospitalisation est nécessaire. Cela n'est alors pas totalement vu comme un échec, mais plutôt comme une étape dans le cheminement, qui a permis au jeune de se rassurer sur l'engagement et la confiance des soignants.

Cependant, des psychiatres interrogés faisaient part d'un manque de formation et de connaissances sur les particularités sociales et culturelles de ce public pour comprendre et accompagner au mieux les mineurs non accompagnés.

IV. PRISE EN CHARGE SOCIALE ET EDUCATIVE

1) Objectifs de la prise en charge sociale et éducative

a. Accompagnement des éducateurs du quotidien

Les éducateurs, qui sont présents dans le quotidien avec les jeunes, ont un rôle clé dans l'accompagnement des MNA, et ce sur une période très limitée (quelques mois à années avant la majorité).

A travers l'étayage éducatif, ils aident le jeune à sortir du mode de « survie » pour passer à la « vie ». Ils les accompagnent aussi dans leur intégration, en leur faisant découvrir des « trucs de blancs ». Ainsi, la quasi absence de soins psychiques dans leur pays ne serait pas obligatoirement un obstacle culturel, certains jeunes pouvant considérer le psychologue comme une autre découverte d'un « truc de blanc », dans leur étonnement permanent.

Une autre des missions éducatives est le travail de l'autonomie. L'objectif est que les jeunes puissent maîtriser les diverses démarches qu'ils vont devoir mener, et qu'ils puissent s'inscrire d'eux-mêmes dans le droit commun à leur majorité – y compris en ce qui concerne le recours au système de soins.

Dans le champ de la santé mentale plus spécifiquement, les éducateurs peuvent jouer un rôle dans le repérage de la souffrance, et surtout l'orientation vers les soins, avec tout un travail de préparation en vue de l'adhésion. Dans un certain nombre de cas toutefois, le jeune n'est pas encore prêt à investir un suivi lorsque la prise en charge ASE se termine. Le travail des éducateurs vise alors au moins à les aider à prendre conscience qu'il existe une souffrance et à leur montrer comment recourir ultérieurement à des soins quand ils seront prêts.

b. Accompagnement de la MEOMIE

Comme évoqué précédemment, l'accompagnement de la MEOMIE est très orienté vers la finalité de la régularisation.

Les démarches en vue d'un hébergement, d'une formation etc prennent donc beaucoup de place dans les entretiens. Les travailleurs sociaux essaient également de leur donner les clés pour comprendre les codes de notre société, et de les informer des enjeux de la régularisation en les mettant en garde des prises de risque éventuelles (troubles du comportement, incohérences dans le discours...). Ils manquent ainsi bien souvent de temps pour aborder l'état de santé mentale, ou encore faire de la prévention comme ils le souhaiteraient.

Par ailleurs, ils sont moins impliqués dans le repérage des troubles car ils ne sont pas présents au quotidien, et ont de grandes files actives. Ils doivent ainsi souvent déléguer une partie de l'accompagnement aux éducateurs du quotidien, se focalisant plus sur les jeunes qui sont par exemple à l'hôtel.

Ils peuvent toutefois déceler au cours de leurs entretiens des symptômes d'une détresse psychique et adresser le jeune vers les soins. D'autres fois, les MNA se saisissent de cette rencontre pour déposer leur mal-être.

A noter que dans d'autres départements, le service de l'ASE qui prend en charge les MNA réalise également les évaluations de la minorité, ce qui n'est plus le cas à la MEOMIE (entretien réalisé à Forum Réfugiés). Cela permettrait certes de disposer de plus d'informations sur l'histoire du jeune et les éventuels traumatismes vécus, mais une assistante sociale qui avait participé à ce double processus dans une autre ville souligne l'intérêt pour la construction de la relation avec le MNA de séparer l'institution qui fait l'évaluation de celle qui effectue l'accompagnement ultérieur.

Enfin, l'accompagnement dans les soins se fait bien souvent en situation de crise, nécessitant une réponse dans l'urgence, ce qui ne correspond pas aux modalités de suivi souhaitées.

2) Liens entre les travailleurs sociaux et les MNA

a. Liens entre les éducateurs du quotidien et les MNA

Une base incontournable de l'accompagnement des MNA est la création d'une relation de confiance. Celle-ci nécessite du temps, et se construit également dans les temps informels (discussions, repas...). La proximité des éducateurs qui partagent des moments du quotidien fait d'eux des interlocuteurs privilégiés pour un grand nombre de jeunes.

Ce lien de confiance permet par la suite l'adhésion aux soins lorsque le référent les conseille au MNA. Cela passe toutefois souvent par tout un travail de préparation pour que le jeune accepte cette démarche et en comprenne l'intérêt.

Certains éducateurs craignent d'ailleurs une rupture du lien en cas de soins plus ou moins imposés, lorsqu'ils se montrent par exemple dans l'obligation d'emmener un jeune en décompensation psychique aux urgences. Cela est notamment vrai lorsqu'il y a un déni des troubles, et que l'adolescent ne perçoit pas l'intérêt des soins.

b. Liens entre les travailleurs sociaux de la MEOMIE et les MNA

La relation entre les travailleurs sociaux de la MEOMIE et les MNA est souvent parasitée par la pression de la régularisation, qui focalise les interactions sur ce champ là. Leur rôle ainsi que celui des différentes instances doit d'ailleurs être clarifié auprès des jeunes, pour distinguer les accompagnants dans les démarches administratives (la MEOMIE) des décideurs de titre de séjour (la préfecture).

Par manque de temps, et parce qu'ils les voient peu, les référents regrettent de ne pas avoir la possibilité de bien connaître tous les adolescents qu'ils suivent, avec un risque de moins bien accompagner ceux qui se montrent plus discrets ou ne viennent pas aux rendez-vous. Ils se retrouvent par ailleurs en position de devoir leur imposer des choses en terme d'hébergement ou de scolarité, selon le choix plus ou moins restreint de possibilités. Ces contraintes parfois en inadéquation avec les désirs des jeunes compliquent l'alliance.

Il n'empêche qu'une relation de confiance peut tout de même se créer, avec certains MNA qui confient leurs difficultés. Les contacts avec la famille peuvent aussi être encouragés (si le jeune ne l'avait pas encore fait), quitte à appeler ensemble pendant l'entretien. Il en découle un effet bénéfique manifeste sur le jeune, mais également sur le lien avec son référent.

V. DEFIS DU TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE et VECU DES PROFESSIONNELS

1) Relations interprofessionnelles

a. Liens psychiatres – éducateurs : du point de vue des psychiatres

Les psychiatres évoquent pendant l'hospitalisation des temporalités différentes pouvant engendrer des difficultés dans la collaboration avec le social : nécessité d'un investissement fort des équipes éducatives et d'une réactivité pour organiser la sortie.

Ils rapportent également des représentations différentes des éducateurs, qui auraient parfois une image carcérale de la psychiatrie, ou encore auraient du mal à se projeter dans une amélioration possible et un retour au foyer.

Ils évoquent de plus des situations où le militantisme prend presque le pas sur la prise en charge, avec la prépondérance d'idéologies ou d'opinions politiques (par exemple sur le tabou de la « fausse minorité »).

Toutefois, ces obstacles parfois rencontrés dans la relation interprofessionnelle ne peuvent être généralisés. Les psychiatres rapportent également plusieurs expériences positives de collaboration avec les travailleurs sociaux, notamment lorsque la prise de risque est partagée et qu'il y a aussi un engagement des éducateurs (facilité par un passif de collaborations au préalable).

Ils soulignent ainsi à quel point les liens avec les travailleurs sociaux sont importants dans ce travail pluridisciplinaire, tout en étant conscients des limites en termes de moyens et de formation en santé mentale des éducateurs. Les psychiatres reconnaissent aussi la charge de travail très importante des éducateurs et des travailleurs sociaux de la MEOMIE, mais relèvent qu'ils ne peuvent pour autant se substituer au social.

b. Liens psychiatres - éducateurs : du point de vue des éducateurs

Les éducateurs rapportent également des attentes différentes de celles des psychiatres, par exemple concernant le contenu de la prise en charge. Ils peuvent ainsi avoir l'impression que les soins ne sont pas les plus appropriés : pas de spécificité transculturelle, pas assez de souplesse ou de travail de l'adhésion, ou encore limitation à une prescription d'antidépresseur sans réellement travailler le mal-être du jeune.

De plus, le corps médical aurait parfois une représentation inadéquate des moyens de l'ASE, avec la tendance à surestimer la présence de soins dans les structures éducatives. Une éducatrice donne l'exemple d'un courrier de sortie à remettre « à l'infirmière » ou « au psychologue » du foyer, alors que la structure ne dispose ni de l'un, ni de l'autre.

Les éducateurs regrettent également un fréquent manque de communication et de transmission d'informations, notamment sous couvert du secret médical. Ils se sentent alors

mis à l'écart de la prise en charge, alors que c'est eux qui sont en première ligne auprès du jeune. Il semble que les difficultés de communication soient aussi alimentées par un problème de langage. L'équipe éducative n'a pas toujours les bons mots pour interpeler, pour formuler ses inquiétudes qui ne sont alors pas entendues, tandis que le vocabulaire médical n'est pas toujours facile d'accès.

Par ailleurs, ils se sentent par moments méprisés, avec un manque de reconnaissance de leur expertise éducative, comme lorsqu'ils appellent à l'aide et ne se sentent pas écoutés. Ils seraient même parfois vus négativement, considérés comme « néfastes » par certains soignants.

Il a également pu arriver que l'éducateur référent, personne en qui l'adolescent fait particulièrement confiance, soit décrédibilisé par le psychiatre devant le MNA. L'alliance avec le soignant est alors particulièrement difficile pour le jeune.

Les éducateurs reconnaissent également leur manque de formation en ce qui concerne la psychopathologie des MNA, d'où un besoin particulièrement fort de coopération avec des spécialistes auxquels ils ne peuvent se substituer.

c. Liens entre les psychiatres et les travailleurs sociaux de la MEOMIE

Là aussi, les différences dans la vision de l'accompagnement et la temporalité sont rapportées des deux côtés, avec une incompatibilité entre la logique de la gestion des lits de l'hôpital et le manque de structures d'hébergement en aval (en cas de retour impossible dans la structure initiale).

Les médecins auraient ainsi des attentes en terme de réactivité de la MEOMIE pour trouver un hébergement, ainsi qu'en ce qui concerne la présence aux rendez-vous et en visites lors de l'hospitalisation, mais les travailleurs sociaux n'auraient pas toujours la possibilité ni les moyens d'y répondre au niveau souhaité.

L'exemple des prolongations d'hospitalisation malgré une amélioration clinique, en raison des délais pouvant être plus longs pour trouver un lieu d'hébergement adapté, est donné à plusieurs reprises. Les psychiatres décrivent alors une impression de position péremptoire

de la MEOMIE et de déni de l'indication médicale, avec le sentiment d'être contraints de garder le jeune en hospitalisation bien qu'ils évaluent qu'il n'en relève plus.

A l'inverse, les référents de la MEOMIE attendent des psychiatres des préconisations par exemple quant au type d'hébergement adapté (collectif ? semi-autonomie ? etc), mais ne reçoivent pas toujours les indications espérées.

Il peut aussi y avoir, comme avec les éducateurs du quotidien, un manque de circulation des informations sous couvert du secret médical, mais aussi l'impression de la part des médecins que la MEOMIE ne communique pas beaucoup d'éléments.

Le problème du vocabulaire du corps médical pas toujours adapté, ou du manque de formation des travailleurs sociaux en ce qui concerne la santé mentale et le système de soins se pose également.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux de la MEOMIE décrivent parfois l'impression d'être méprisés, mal considérés par les médecins.

Enfin, les médecins sont là aussi conscients du nombre très important de jeunes suivis par chaque référent de la MEOMIE, mais psychiatres comme travailleurs sociaux ont l'impression de devoir parfois sortir de leur rôle pour compenser l'absence de réactivité du côté social ou l'absence de soins psychiatriques mis en place.

2) Vécu des professionnels

a. Vécu des psychiatres

Différents sentiments peuvent traverser les soignants. Concernant les spécificités des mineurs non accompagnés tout d'abord, il s'agit de patients souvent très investis par les équipes, qui peuvent se montrer particulièrement touchées par leur histoire et leur situation. Une envie de réparation peut alors les animer, mais avec le risque que celle-ci se transforme en frustration et en rejet lorsqu'elle se confronte à l'impuissance.

Par ailleurs, les MNA hospitalisés sont parfois des jeunes dits « difficiles », en errance, avec des troubles du comportement. Les soignants peuvent alors avoir l'impression de « récupérer ceux dont personne ne veut », et se sentir seuls dans les prises en charge.

De même, lorsque le mineur non accompagné hospitalisé n'a pas un étayage éducatif soutenant, les soignants peuvent partager le sentiment d'isolement et d'abandon du jeune.

Enfin, les psychiatres rapportent à plusieurs reprises l'impression que le vécu d'impuissance de la MEOMIE leur est imposé à travers l'absence de solution d'aval proposée.

b. Vécu des éducateurs

Face aux problématiques de santé mentale de leurs jeunes, les éducateurs disent se sentir perdus et impuissants. Perdus car ne sachant pas comment réagir devant le mal-être des adolescents, leurs addictions, et impuissants face aux difficultés à les orienter vers les soins – aussi bien structurelles que liées aux réticences des jeunes. Cela génère un sentiment de frustration.

Ils expriment aussi de la colère face aux difficultés et discriminations que doivent affronter leurs jeunes, et déplorent une insécurité financière permanente due aux budgets très serrés. Il en découle un sentiment d'injustice, et une grande frustration face au décalage entre la prise en charge éducative plus étayante qu'ils souhaiteraient mettre en place et les moyens restreints alloués.

Comme déjà évoqué, les éducateurs se sentent aussi parfois méprisés voire vus comme néfastes par le corps médical.

Il peut par ailleurs être particulièrement éprouvant d'accompagner des adolescents ayant vécu d'importants traumatismes. Les éducateurs se retrouvent parfois dépositaires d'histoires de vie marquées par de la violence, et peuvent se sentir eux-mêmes bousculés. L'accompagnement d'un jeune qui a traversé de telles pertes et maltraitances peut d'ailleurs renforcer le sentiment d'impuissance devant ce passé traumatique sur lequel on n'a pas prise.

c. Vécu des travailleurs sociaux de la MEOMIE

Comme les éducateurs du quotidien, les travailleurs sociaux de la MEOMIE partagent le vécu d'impuissance et l'impression d'être démunis devant la détresse des jeunes et les difficultés d'orientation.

N'étant pas spécifiquement formés pour cela, il n'est pas évident de trouver le positionnement face aux événements traumatiques déposés par les MNA en entretien. Devant ces recueils de propos éprouvants, de nombreuses questions émergent sur la réaction à avoir, la conduite à tenir.

A noter que selon les personnes, il peut y avoir une sensibilité particulière à certaines catégories de MNA, avec par exemple une charge émotionnelle plus marquée avec les jeunes filles. Le vécu des référents peut alors verser dans l'empathie extrême, ou au contraire dans le rejet, les deux cas étant délétères pour l'accompagnement.

A la violence des parcours des jeunes se surajoutent d'importantes contraintes temporelles ou budgétaires qui accentuent les pressions et la charge émotionnelle reposant sur les travailleurs sociaux. Le besoin d'espaces de supervision se fait alors particulièrement ressentir.

Les professionnels décrivent aussi la frustration d'un accompagnement socio-éducatif souvent par défaut par manque de temps ou de moyens, les empêchant d'aborder des axes qu'ils jugent pourtant essentiels tels que la santé mentale.

En cas de trouble psychiatrique associé, la frustration est encore plus grande, car la maladie peut entraver l'insertion. Ils doivent alors jongler entre les soins psychiatriques et la pression de la régularisation qui ne semblent pas toujours très compatibles. L'accompagnement dans les soins est par ailleurs souvent très insatisfaisant car mis en place dans l'urgence, loin de la prise en charge organisée, globale et pluridisciplinaire souhaitée.

Dans des cas extrêmes, les travailleurs sociaux décrivent même un manque de sens dans leur accompagnement, lorsqu'ils savent que le jeune, trop marginalisé et désinséré, n'aura pas de perspective à sa majorité.

La dureté de la « sortie sèche » et du sentiment d'échec peut se doubler d'une crainte de laisser à la rue des jeunes potentiellement dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui lors de la fin de la prise en charge ASE.

Enfin, les relations avec les autres professionnels se caractérisent par un sentiment d'être parfois méprisés par le corps médical, tandis que dans la population générale (et notamment auprès des associations militantes) ils peuvent être attaqués car assimilés aux orientations politiques gouvernementales, ou vus comme des « collaborateurs ».

VI.FACTEURS AIDANTS et PISTES D'AMELIORATION

1) Facteurs facilitateurs

Malgré les diverses difficultés soulevées au cours des entretiens, les professionnels interrogés citent également plusieurs facteurs ayant facilité l'accès aux soins ou la prise en charge en santé mentale des MNA.

Tout d'abord, l'élément essentiel est l'instauration d'une relation de confiance entre le jeune et les professionnels qui l'accompagnent, comme cela a déjà été évoqué par l'ensemble des psychiatres et travailleurs sociaux. Cela nécessite du temps, et se construit aussi à travers les temps informels.

En ce qui concerne l'acceptation des soins par les MNA, il semble de plus – bien que ce ne soit pas forcément un facteur sur lequel on a prise – que l'origine ethnique, religieuse ou encore la langue du professionnel (éducateur ou psychiatre) ait pu dans certains cas rassurer le jeune et faciliter l'alliance.

Le Centre Essor est également cité à plusieurs reprises comme un lieu de soins de référence, avec qui le partenariat est parfois plus aisé, et qui est habitué au public migrant. Une travailleuse sociale fait l'hypothèse que le fait qu'Essor dépende de Forum Réfugiés

permettrait de rattacher ce lieu de soins à quelque chose de connu, ce qui faciliterait l'acceptation du jeune.

Le recours à l'interprète permet par ailleurs de dépasser la barrière de la langue, en apportant plus de finesse dans l'exploration des symptômes et la verbalisation du vécu.

Les liens avec la famille sont un autre facteur facilitateur important, à la fois sur le plan de l'alliance que sur celui de l'anamnèse. On peut ainsi accéder à des éléments essentiels de l'histoire familiale et personnelle du jeune, ce qui aide grandement à la prise en charge.

Après quelques réticences initiales rapportées par le passé, il semble que désormais les contacts avec l'entourage familial sont de plus souvent recherchés et encouragés, aussi bien par les travailleurs sociaux que par les soignants.

En ce qui concerne le travail pluridisciplinaire, la coopération entre médecins et éducateurs ou référents de la MEOMIE, lorsqu'elle se passe bien, optimise grandement la prise en charge. Cela serait facilité par des expériences de collaboration par le passé, notamment autour de situations complexes ayant nécessité l'engagement des éducateurs comme des psychiatres. La confiance en l'autre et la meilleure connaissance de sa façon de travailler rendent le travail en lien plus aisé et fluide. De même, le fait pour les éducateurs d'avoir des contacts avec des psychiatres dans leur réseau a permis de faciliter l'adressage.

Les éducateurs soulignent également l'intérêt des liens avec les bénévoles ou encore les hôteliers, car en s'affranchissant des enjeux des travailleurs sociaux, ces derniers peuvent avoir une relation un peu différente avec les MNA. Il arrive ainsi qu'ils aient plus facilement accès à certains aspects de la souffrance des adolescents, et ils peuvent alors alerter les référents.

Enfin, la présence d'une infirmière dans l'équipe, voire d'un psychologue même à temps partiel, sont d'autres avantages pour le repérage, l'accompagnement des MNA et l'adressage vers des soins extérieurs si nécessaire.

2) Pistes d'amélioration

Tous les professionnels interrogés, quel que soit leur métier, mettent en avant l'importance de développer les liens entre le social et le médical selon plusieurs axes.

Les objectifs sont en effet de mieux connaître les filières de soins, les différents interlocuteurs existants, ainsi que de savoir qui interpeler et comment (par exemple à l'aide d'un formulaire de demande prédéfini). Cela permettrait aussi d'échanger, de discuter de situations cliniques et de demander des conseils, sans forcément solliciter une consultation. Enfin, à travers les rencontres entre médecins et travailleurs sociaux, chacun aurait l'opportunité de mieux faire connaître les réalités de terrain à l'autre.

En plus de faciliter les liens entre travailleurs sociaux et psychiatres, l'idée de développer des partenariats avec différents acteurs de soins ainsi que des pharmacies ou des cabinets infirmiers a également été avancée, pour construire un véritable réseau de soins habitué au public des MNA (par exemple qui ne refuserait pas la prise en charge après des rendez-vous loupsés, comme ça a pu être le cas avec des infirmiers libéraux).

Une autre piste évoquée à plusieurs reprises, aussi bien par les éducateurs que par les travailleurs sociaux de la MEOMIE, est celle de disposer d'un psychologue (voire un psychiatre) au sein même de leur équipe. De par sa présence dans la structure, il pourrait mieux connaître les jeunes, ce qui faciliterait l'alliance avec eux mais également la discussion de situations cliniques avec ses collègues. Les professionnels seraient aussi rassurés d'avoir un interlocuteur direct à qui demander conseil. Enfin, le psychologue maîtriserait mieux les termes à employer pour adresser vers un médecin, et son orientation serait peut-être plus prise en compte que l'appel à l'aide d'un éducateur.

En ce qui concerne les modalités de soins, le développement d'équipes mobiles ou de visites à domicile semble également pertinent car adapté aux difficultés d'accès des MNA. La démarche de l'aller vers favoriserait ainsi l'accroche aux soins, le premier pas étant souvent le plus difficile.

Un dépistage plus systématique et organisé de la détresse psychique et des troubles psychiatriques pourrait aussi permettre d'intervenir plus en amont, avant les situations de

crises conduisant à une hospitalisation. Une travailleuse sociale évoque des moments clés où il serait pertinent d'être particulièrement attentif à l'état de santé mentale : au début de la prise en charge, après un certain temps d'installation, et avant la majorité qui est un facteur de stress important.

Le recours à des médiations (artistiques, sportives) ou encore les approches groupales pourraient également être intéressantes à développer. Cela constituerait une alternative aux entretiens individuels classiques qui sont moins facile d'accès pour ces adolescents culturellement éloignés du soin psychique.

Au vu des nombreuses difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux devant des situations complexes de jeunes en errance ou aux histoires de vie traumatiques, la nécessité d'avoir des espaces de parole, de supervision, d'analyse de la pratique est également soulignée. Cela est le plus souvent déjà en place, mais parfois à un rythme trop espacé au vu du caractère éprouvant du travail réalisé, ce d'autant plus dans un contexte de nombreuses pressions temporelles et financières.

Psychiatres comme éducateurs ou travailleurs de la MEOMIE souhaitent avoir plus de formation sur les particularités de ces prises en charge. Du côté médical en effet, un manque de structures spécifiques et de connaissances dans la participation potentielle de facteurs culturels est relevé.

Du côté des travailleurs sociaux, beaucoup aimeraient avoir une meilleure compréhension du système de soin en santé mentale (organisation des soins, modalités d'adressage...), et plus de connaissances cliniques afin de mieux dépister la souffrance psychique et savoir réagir face aux symptômes.

Enfin, le développement de la prévention est aussi un axe de travail proposé, par exemple sur le cannabis – les problématiques addictologiques étant fréquentes chez les MNA, et les travailleurs sociaux se sentant particulièrement démunis face à ces consommations – ou encore sur la santé sexuelle, la santé mentale etc.

Et tous déplorent un manque de moyens alloués à l'accompagnement des MNA, aussi bien en termes de moyens humains (éducateurs et travailleurs sociaux débordés), de budget dédiés ou encore de structure éducatives ou de soins adaptées. Face à ce constat, il s'agirait non seulement d'augmenter les moyens, mais également de mieux utiliser les ressources disponibles, justement avec une coopération plus efficiente.

DISCUSSION

I. RESUME DES RESULTATS

De ces entretiens, différents axes ressortent pour décrire les défis de la prise en charge en santé mentale des MNA. Tout d'abord certaines difficultés sont inhérentes au public lui-même, avec des jeunes particulièrement vulnérabilisés par les traumatismes, l'isolement dans l'exil et les nombreux facteurs de stress du quotidien. Il en résulte une psychopathologie complexe, mêlant des participations culturelles, sociales, post-traumatiques, avec par ailleurs des obstacles de divers ordres vis à vis des soins (représentations culturelles, méfiance, autres priorités, autres ressources, marginalisation...). Les incertitudes concernant l'histoire de vie et la minorité réelle renforcent le flou autour de ces jeunes. Bricaud a d'ailleurs détaillé à ce sujet comment ce doute bien souvent présent en arrière-plan, en plus d'être pesant pour le MNA, met aussi à l'épreuve les éducateurs dans le lien de confiance qu'ils ont à créer avec le jeune (45).

Les difficultés de repérage (manque de personnel et de formation, faible verbalisation...) et d'orientation limitent l'accès aux soins, qui se fait dans un certain nombre de cas en situation de crise, avec un passage aux urgences. Le cadre strict de l'hospitalisation complexifie la prise en charge, tout comme certaines situations sociales, et les soins ambulatoires semblent être préférables dans la mesure du possible. Quelles qu'en soient les modalités, la création d'un lien de confiance est un enjeu majeur dans la prise en charge en santé mentale, et celle-ci doit être repensée face aux multiples défis (absence de famille, lacune dans les antécédents et l'histoire de vie, discontinuités...).

Le travail des éducateurs permet non seulement le développement de l'autonomie et l'intégration dans la société, mais également le repérage et l'orientation vers les soins. L'adhésion doit être bien préparée en amont, et est facilitée par la relation de confiance que les jeunes peuvent avoir avec leurs référents. Cela est également souligné dans une étude menée auprès des MNA dans des PASS de la région Auvergne Rhône Alpes (46). Les travailleurs sociaux de la MEOMIE sont quant à eux très ciblés sur l'objectif majeur de la régularisation et l'accompagnement dans les différentes démarches. L'ensemble des

travailleurs sociaux regrette un manque de temps et de formation pour bien accompagner les jeunes sur le plan de la santé mentale.

Le travail pluridisciplinaire indispensable dans la prise en charge de ces jeunes présente de nombreux défis. Soignants et travailleurs sociaux ont en effet des attentes et des temporalités différentes, ainsi que des représentations parfois inexactes des réalités du terrain de l'autre. Les psychiatres peuvent avoir une impression de déni de l'indication médicale, tandis que les travailleurs sociaux se sentent parfois méprisés ou peu pris en compte. Heureusement, dans de nombreux cas, la coopération est fructueuse, lorsqu'une confiance mutuelle est possible.

Ces prises en charge sont par ailleurs chargées émotionnellement pour l'ensemble des professionnels, en raison des spécificités du public MNA au parcours difficile, associées à des contraintes multiples (manque de moyens, de temps et de formation) et des relations parfois compliquées entre les intervenants. Il peut en découler une empathie extrême ou au contraire un rejet vis à vis du jeune, ainsi qu'une frustration dans les modalités de l'accompagnement.

Face à ces difficultés, l'instauration d'une relation de confiance avec le MNA, tout comme les liens avec la famille, avec des intermédiaires (hôteliers, infirmier dans l'équipe...) ou encore le recours à un interprète sont des facteurs facilitateurs de ces prises en charge. Le Centre de santé Essor est également cité comme lieu d'adressage privilégié.

D'autres pistes d'amélioration sont évoquées, notamment en facilitant les liens entre les différents interlocuteurs et en mettant l'accent sur un dépistage plus précoce. La présence de soignants au sein des équipes éducatives ou le développement d'équipes mobiles pourraient aussi aider l'accès aux soins. Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM quant à l'accompagnement des MNA (47) préconisent d'ailleurs un recours en premier lieu au psychologue au sein de l'institution, avant d'éventuellement orienter vers un suivi psychologique ou psychiatrique externe. Enfin, une augmentation des moyens permettrait aussi d'améliorer les prises en charge.

Ces éléments sont cohérents avec les données de la littérature concernant les facteurs de stress des MNA (48,49) et leurs réticences dans l'accès aux soins (38,41), mais ajoutent une dimension nouvelle en étudiant les vécus des professionnels et les liens qu'ils ont entre eux.

II. DISCUSSION

1) Barrières dans l'accès aux soins et l'accompagnement des MNA

On note ainsi que les barrières rencontrées sont de plusieurs ordres. Certaines sont liées aux particularités des MNA (réticences culturelles, faible verbalisation, peurs) et nécessitent en amont un travail d'adhésion et d'alliance pour les dépasser. D'autres sont dépendantes de politiques sur lesquelles les acteurs n'ont pas de prise directe, hormis un rôle de plaidoyer : manque de moyens, manque de structures adaptées, démarches contraignantes pour la régularisation... D'autres enfin sont d'ordre organisationnel ou inter-professionnel. Celles-ci seraient potentiellement plus facilement modifiables.

Il est d'ailleurs remarquable que malgré des points de vues, rôles et vécus différents, l'ensemble des professionnels interrogés s'accordent sur certains éléments : l'importance de travailler dans la confiance, d'intervenir plus tôt pour éviter l'hospitalisation en crise, et d'avoir plus de liens entre le médical et le social.

2) Importance de la confiance

La question de la confiance est omniprésente au cours des entretiens. Celle-ci se situe sur plusieurs plans. Une relation de confiance avec le jeune est tout d'abord nécessaire pour un accompagnement social, éducatif, mais aussi et surtout dans les soins, pour lesquels il faut avoir accès à l'histoire et aux vécus du patient.

Mais la confiance est également indispensable entre les professionnels pour un travail pluridisciplinaire. Les éducateurs déplorent d'être parfois vus comme délégués ou écartés de la prise en charge sous couvert du secret médical, tandis que les psychiatres se sentent par moments abandonnés par leurs interlocuteurs qui ne s'engageraient pas suffisamment à leurs côtés. Cette méfiance tend à opposer social et médical, là où les échanges et la complémentarité sont indispensables. A l'instar du « misdiagnosis » , décrit dans le champ de la psychiatrie transculturelle comme l'attribution d'un diagnostic inadéquat en raison de facteurs culturels mal interprétés (50), on pourrait parler de « mislinking » entre les professionnels, qui peinent parfois à se rejoindre et à se comprendre du fait de

représentations et de langages différents, malgré une même volonté d'apaiser la souffrance psychique du MNA.

Toutefois, dans tous les groupes interrogés, des professionnels ont cité des exemples de collaboration ayant porté ses fruits, qui forment une base solide facilitant grandement le travail en lien ultérieur.

3) Importance des liens

Cela rejoint un autre élément central, qui y est lié : le besoin de se rencontrer et de mieux communiquer. L'interdisciplinarité est d'ailleurs soulignée dans la littérature comme un facteur étayant les éducateurs et les MNA, particulièrement nécessaire pour ce public (51). Bien que les travailleurs sociaux des dispositifs d'hébergement des jeunes et ceux de la MEOMIE décrivent parfois des difficultés dans les échanges et la transmission d'information entre eux en raison de files actives très chargées, il semblerait que les obstacles majeurs soient entre les professionnels du soin et ceux du social. Mauvaises connaissances de l'univers de l'autre et des réalités du terrain entraînant des attentes divergentes, différences de vocabulaire, méfiance... A défaut de pouvoir correctement travailler ensemble, médecins comme travailleurs sociaux décrivent l'impression de devoir « sortir de leur rôle » pour compenser les manquements de l'autre. Cela engendre un inconfort, une charge de travail supplémentaire, et un sentiment d'être peu compétent dans ce « dépassement de tâche » auquel on n'est pas formé.

Pour autant, travailleurs sociaux de la MEOMIE ou éducateurs du quotidien sont particulièrement demandeurs d'avoir plus de formation dans le champ de la santé mentale, et un interlocuteur identifié pour savoir qui interpeler et comment.

Par ailleurs, le travail des professionnels ne peut pas être vu seulement en négatif, uniquement à travers ses manques en terme de connaissances dans les autres champs. En effet, tous ont une certaine expertise dans leur domaine du fait de leur expérience, et sont alors complémentaires aux compétences de leurs interlocuteurs. Car s'ils ne peuvent se substituer aux correspondants – comme souligné à plusieurs reprises – soignants et travailleurs sociaux ont tout autant besoin de l'apport de l'autre qu'ils lui sont nécessaires.

Les temps de rencontres et d'échanges pluridisciplinaires semblent ainsi être un axe de travail important à développer pour améliorer les prises en charge, et ce d'autant plus devant les complexités et spécificités de ce public. En renforçant les liens entre le médical et le social, cela permet aussi de rassembler les différentes dimensions de l'accompagnement du jeune pour revenir à une prise en charge globale plutôt que fragmentée. Il est de plus important pour ces adolescents particulièrement méfiants et réticents que les professionnels qui les accompagnent puissent apporter une réponse cohérente, non clivée. C'est dans cette optique que le dispositif NatMIE à la Maison de Solenn à Paris intègre systématiquement un professionnel accompagnant le jeune au quotidien dans la consultation conjointe psychologue – psychiatre spécialisée pour les MNA, qui prend aussi en compte la dimension transculturelle (52).

Dépasser ce « mislinking » permet d'apporter une certaine stabilité et un contexte plus propice au développement de la confiance.

4) Exemple de l'EMPP

Ces modalités de travail en commun existent déjà localement dans d'autres dispositifs de soins psychiatriques, comme l'EMPP (équipe mobile psychiatrie précarité) « Interface SDF » du Rhône. Composée de psychiatres, psychologues et infirmiers et d'une secrétaire, cette équipe de psychiatrie adulte a, en plus d'une activité de consultations auprès du public précaire, une part importante de son temps dédié aux réunions avec les différentes structures d'hébergement et interlocuteurs sociaux (CHRS, CHU, accueils de jour, Samu Social...), ainsi qu'à la formation. La circulaire du 23 novembre 2005 qui fixe le cadre d'action des EMPP (53) précise bien que « *ces partenariats reposent, en outre, sur un principe de réciprocité portant d'une part, sur la reconnaissance des compétences et des savoirs respectifs et d'autre part, sur un positionnement du dispositif social comme un partenaire des prises en charge à part entière* ».

A l'occasion de ces rencontres, peuvent être abordées des situations cliniques mettant en difficulté l'équipe éducative, ou pour lesquelles la question de la mise en place de soins spécialisés se pose. Dans un grand nombre de cas, les échanges et réflexions élaborées avec les soignants suffisent à orienter l'accompagnement éducatif, sans forcément nécessiter une

consultation avec le patient. De plus, les travailleurs sociaux sont alors renforcés dans leur rôle et leur compétence.

Un dispositif similaire pour les mineurs non accompagnés pourrait répondre à ce besoin de mieux se connaître et d'échanger, et peut-être ainsi réduire les adressages tardifs ou potentiellement inappropriés aux urgences. Ceux-ci semblent particulièrement éprouvants, car ils peuvent mettre à mal le lien de confiance que les travailleurs sociaux ont avec le jeune (ou c'est tout du moins ce qu'ils craignent) et compliquer la création d'une relation de confiance avec le psychiatre. Ils induisent aussi une certaine violence (confrontation à d'autres patients aux pathologies psychiatriques potentiellement lourdes, recours parfois à la chambre de soins intensifs ou à la médication plus ou moins contrainte...), et un fort sentiment d'échec et d'impuissance pour les travailleurs sociaux qui les y adressent en cas de retour au domicile sans hospitalisation.

5) Liens dépassant le médical et le social

Il faut noter par ailleurs que ce besoin de liens ne concerne pas que les professionnels entre eux et avec le jeune, mais également avec d'autres interlocuteurs. Les contacts entre les soignants ou travailleurs sociaux et la famille sont un facteur facilitateur particulièrement important. De plus, hôteliers, bénévoles, infirmiers dans l'équipe, école... tous peuvent avoir un rôle dans le dépistage de la souffrance du jeune en faisant l'intermédiaire avec les travailleurs sociaux, mais ils ont également une fonction de soutien social qui peut aider ces adolescents à faire face aux adversités du quotidien et à s'inscrire dans leur nouvelle vie en France. Cela rejoint les données de la littérature soulignant l'importance du soutien social comme facteur protecteur sur la santé mentale des MNA (54–57).

Ainsi, l'accompagnement des mineurs non accompagnés (formulation en soi quelque peu oxymorique !) passerait par le développement de tout un tissu d'interrelations autour de ces jeunes, pour les sortir de leur isolement et de leur errance. Ils sont alors remis au cœur d'un réseau où chacun des éléments (professionnels du soin, travailleurs sociaux, famille, autres accompagnants) peut entrer en lien avec les autres, avec une coopération dans la confiance, et un accompagnement cohérent et global. Cela permettrait aussi de rétablir continuité et

stabilité sur un parcours marqué par les ruptures, et de créer plus de fluidité dans l'accès aux soins précoces lorsque le besoin se présente.

III. LIMITES

Ce travail de recherche présente différentes limites. Sur le plan géographique tout d'abord, le recrutement a été limité à la région lyonnaise (avec une référence ASE par la MEOMIE), ce qui n'est pas représentatif des dispositifs d'accompagnement et de soins sur toute la France, ni du public des MNA qui peut varier selon les régions. Il est possible par exemple que d'autres structures de soins plus spécifiques existent (comme en région parisienne, avec la consultation spécialisée à la Maison de Solenn de Cochin ou à Bobigny), ou encore que les modalités d'interactions entre social et médical soient structurées différemment ailleurs, ce qui entraînerait quelques variations dans les obstacles et facteurs facilitateurs rencontrés. L'intérêt de cette restriction géographique est cependant de pouvoir étudier un système dans son ensemble, pour explorer les liens entre les différents interlocuteurs et les possibilités de soins au niveau local. Les professionnels disposent alors des mêmes références et mêmes structures (référence de la MEOMIE, recours au Centre Essor, adressage aux mêmes urgences...), ce qui permet d'éventuellement dégager des pistes d'amélioration au niveau local.

Par ailleurs, les psychiatres et pédopsychiatres inclus travaillent tous en milieu hospitalier. Les résultats issus de ces entretiens sont donc principalement abordés sous l'angle de l'hospitalisation, et peuvent varier sur certains points des modalités de soins ambulatoires.

Ce choix se justifie par la relative faible prévalence (bien qu'en augmentation au cours des dernières années) des mineurs non accompagnés dans les dispositifs de soins. Afin d'augmenter la richesse et la représentativité des résultats apportés par les soignants, un des critères d'inclusion était d'avoir pris en charge à au moins à deux reprises des mineurs non accompagnés pour ne pas se baser sur une seule expérience. Or, les lieux de consultations (CMP, psychiatres libéraux...) étant très diffus, les psychiatres y exerçant ont statistiquement moins de chances d'avoir des mineurs non accompagnés dans leur file

active, comparativement aux quelques pédopsychiatres d'intra-hospitalier qui se concentrent essentiellement dans deux services pour les adolescents de plus de 15 ans (comme la majorité des MNA) du Rhône. Tous ceux interrogés en avaient en effet pris en charge à plusieurs reprises. Par ailleurs, comme on l'a vu, l'hospitalisation constitue une étape qui n'est pas si rare dans le parcours de soins des MNA en psychiatrie, et les soins sont alors plus intensifs qu'en ambulatoire où il peut y avoir des ruptures de suivi. Il est ainsi pertinent d'interroger les professionnels qui ont le plus l'habitude de ce public. D'ailleurs, les psychiatres exerçant aux urgences – ces dernières étant la porte d'entrée très majoritaire pour l'hospitalisation - ont aussi été sollicités. Seul l'un d'entre eux a souhaité répondre, et il fait part d'une expérience assez limitée avec les MNA qui constituent une proportion minime des passages aux urgences.

Ainsi, malgré un possible biais de sévérité clinique, la focalisation sur les praticiens hospitaliers permet d'augmenter le nombre de situations rencontrées par les psychiatres, ainsi que les expériences dans les liens avec le social qui sont particulièrement primordiaux lorsque les jeunes sont hospitalisés. Les soins ambulatoires sont également évoqués à plusieurs reprises, aussi bien par les médecins (relais post-hospitalisation, alternative à l'hospitalisation) que par les éducateurs et travailleurs sociaux.

Le recueil d'expériences de psychiatres exerçant en ambulatoire et ayant pris en charge plusieurs MNA pourrait enrichir la réflexion dans un deuxième temps.

Une autre limite est l'absence d'information sur l'expérience des professionnels en termes de nombre d'années travaillées avec les MNA ou encore de formation. On peut penser que ces facteurs peuvent influencer sur la prise en charge des MNA en détresse psychique, et auraient été intéressants à rechercher pour mettre en perspective les difficultés ou facteurs facilitateurs rencontrés. Toutefois, un certain nombre de professionnels interrogés l'ont mentionné spontanément au cours des entretiens.

D'un point de vue purement méthodologique, les résultats de cette étude qualitative exploratoire ont été analysés majoritairement par l'investigatrice principale, avec la supervision du directeur de thèse permettant un double regard. La triangulation (théorique et des chercheurs) est toutefois limitée.

Enfin, cette étude interroge uniquement les professionnels qui accompagnent les MNA, et recueille ainsi indirectement les barrières rencontrées par les jeunes, telles qu'elles sont perçues par les médecins et travailleurs sociaux. L'objectif de cette recherche n'est en effet pas d'explorer les réticences ou obstacles vécus par les mineurs non accompagnés, qui ont déjà été étudiés dans divers pays (37,41). L'angle adopté est ici celui des professionnels, se focalisant sur leurs perceptions et leurs vécus à eux, ce qui est à notre connaissance inédit dans la littérature.

IV. PERSPECTIVES

En vue de compléter ces premiers éléments, il pourrait être intéressant, comme évoqué plus haut, de recueillir également l'expérience de psychiatres travaillant en ambulatoire et ayant l'expérience de MNA. De même, un élargissement géographique à des professionnels de différentes régions permettrait de relever si certains facteurs sont plus liés à l'organisation locale des dispositifs, tandis que d'autres sont généralisables à l'ensemble du territoire, voire dans d'autres pays. L'élargissement au niveau international pourrait toutefois présenter des difficultés du fait des différences dans les structures socio-éducatives, les systèmes de soins et les démarches administratives.

La plus grande pluralité des investigateurs analysant les résultats pourrait permettre, à travers un renforcement de la triangulation à la fois des chercheurs et théorique, de gagner en rigueur et en validité dans la démarche.

Enfin, des entretiens avec des MNA en parallèle de ceux menés avec les soignants et travailleurs sociaux les accompagnant permettrait de vérifier si les représentations que les professionnels se font des vécus et obstacles des jeunes correspondent à la réalité de ces derniers, ou s'il y a un décalage entre la perception de l'entourage et celle du MNA. Cela permettrait également d'étudier les relations entre MNA et professionnels de manière bidirectionnelle.



Nom, prénom du candidat : DUDOK DE WIT Sarah

CONCLUSIONS

Ce projet de recherche est né d'un constat de plus en plus prégnant dans la littérature actuelle : les mineurs isolés étrangers (dont la nouvelle appellation est MNA – mineurs non accompagnés) sont, au sein des personnes migrantes déjà plus vulnérables, une sous-population particulièrement à risque sur le plan de la santé mentale. Les études montrent en effet une prévalence majorée de troubles anxieux, dépressifs, ou encore post-traumatiques. Malgré cela, l'accès aux soins en santé mentale est inférieur aux besoins, et aussi inférieur à celui dont bénéficie la population générale. Des études qualitatives ont recueilli auprès des MNA les facteurs qui pourraient faire obstacle à cet accès aux soins. Toutefois, les barrières rencontrées par les professionnels n'ont, à notre connaissance, pas encore été étudiées.

L'étude PASMMINA s'intéresse donc à l'accompagnement des MNA en santé mentale, dans ses difficultés, défis et facteurs facilitateurs, tel qu'il est perçu par les différents intervenants. Il s'agit d'une étude qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de différentes catégories professionnelles : psychiatres / pédopsychiatres, travailleurs sociaux intervenant dans les structures d'hébergement (éducateurs, assistants sociaux...) et travailleurs sociaux de la MEOMIE (Mission d'Evaluation et Orientation des Mineurs Isolés Etrangers, service de l'Aide Sociale à l'Enfance dédié aux MNA) dans la métropole de Lyon.

Les données ont alors été regroupées en 5 grands axes . Premièrement, les spécificités des MNA et l'impact sur la santé mentale ont été recueillis. On retrouve une population hétérogène mais partageant de nombreux facteurs de stress (isolement, démarches administratives et stress de la régularisation, acculturation, discontinuités...), avec différentes manifestations psychopathologiques possibles. La méfiance vis à vis des soins est très présente, renforcée par des rapports parfois flous à la véracité des propos (discours « formaté », doute sur la minorité / majorité). Ces jeunes ont par ailleurs souvent d'autres priorités qui passent avant les soins, notamment en ce qui concerne la scolarisation et la régularisation, et d'autres ressources (soutien social, addictions...).

Ensuite, l'accès et les modalités des soins en santé mentale ont été plus spécifiquement étudiés, avec l'enjeu du repérage précoce (passant par exemple par des intermédiaires tels les colocataires, ou encore par l'impact sur la scolarité qui constitue un signal d'alerte), particulièrement important au vu d'une moindre verbalisation du mal-être par ces jeunes.

Bien souvent toutefois, l'accès aux soins se fait en situation de crise, avec un adressage aux urgences. L'hospitalisation en pédopsychiatrie peut être un lieu de répit, mais son cadre strict est souvent peu adapté à ce public, tandis que l'accès aux soins ambulatoires est généralement limité par des problèmes de sectorisation, de délai, ou encore de contraintes financières.

La prise en charge psychologique et psychiatrique doit par ailleurs être repensée, avec la nécessité d'intégrer des dimensions multiples (sociales, culturelles, psychopathologiques), d'introduire plus de souplesse dans le cadre, d'apprendre à travailler sans l'accès direct à l'entourage et à l'histoire de vie (bien que les contacts avec la famille soient le plus souvent recherchés), et surtout de construire un lien de confiance avec le jeune.



Dans un troisième temps, le focus est mis sur la place de l'accompagnement socio-éducatif. Les éducateurs et assistants sociaux travaillent non seulement l'autonomie et l'intégration des codes culturels locaux, mais ils ont aussi un rôle important dans le repérage et l'orientation vers les soins (avec souvent tout un travail de préparation nécessaire pour l'adhésion). Là aussi, le lien de confiance avec le MNA est indispensable. Toutefois, aussi bien les travailleurs sociaux du quotidien que ceux de la MEOMIE déplorent un manque de moyen, de temps et de formation.

Nous nous sommes par la suite penchés sur les défis du travail pluridisciplinaire, indispensable pour ces prises en charges globales, et sur les vécus des différents professionnels. On note souvent des représentations et attentes différentes entre les soignants et l'univers du social. Les premiers regrettent une vision parfois inadéquate de l'hôpital psychiatrique qui deviendrait un lieu de vie, ainsi qu'un manque de réactivité et de prise de risque lorsqu'il faut organiser une sortie. Les éducateurs rapportent quant à eux des difficultés à être entendus par les soignants lorsqu'ils essaient de les interpeler, une représentation inadéquate par l'hôpital des moyens limités dont ils disposent, et des soins qui ne leur semblent pas toujours adaptés. L'incompatibilité entre la pression des lits du système hospitalier et le manque de structures d'hébergement adaptées est également pointé par la MEOMIE, avec ainsi des difficultés à travailler dans des temporalités différentes.

Les professionnels notent par ailleurs des difficultés de communication, souvent majorées par un langage différent, ou encore un manque de transmission d'information (manque de temps, files actives trop chargées pour bien connaître les dossiers, secret médical...). Tous ont toutefois bien conscience du manque de moyen et de personnel aussi bien dans le champ du social que du médical. Ils rapportent cependant également plusieurs expériences positives de coopération qui a porté ses fruits.

Ces prises en charges sont par ailleurs maquées par un vécu d'impuissance, de frustration pour les travailleurs sociaux, et parfois un sentiment d'être méprisé par les soignants. Il s'agit de plus d'accompagnements souvent éprouvants d'un point de vue émotionnel. Les psychiatres se sentent aussi parfois « abandonnés » par les partenaires sociaux et seuls dans ces prises en charge. Les équipes peuvent être également fortement mobilisées d'un point de vue empathique, mais avec un risque de se retourner en rejet lorsqu'elles sont confrontées à l'échec et à l'impuissance.

Pour finir, les différents facteurs facilitateurs ou pistes d'amélioration ont été étudiés.

Concernant ce qui a pu aider les prises en charge, l'établissement d'une relation de confiance avec le jeune est un élément central cité par l'ensemble des professionnels. Le recours à l'interprétariat ou à des structures plus spécialisées dans la psychiatrie transculturelle comme le Centre Essor ont également été présentés comme aidants, tout comme le fait de disposer d'un infirmier ou d'un psychologue au sein de l'équipe éducative. Les liens avec les bénévoles, les hôteliers etc ont également pu aider au repérage des soins.

Au sujet de ce qui peut être mis en place, tous s'accordent pour dire qu'il faut développer les liens interprofessionnels, afin d'améliorer la communication et la collaboration pour un accompagnement global. Il s'agirait aussi bien d'échanger des informations et des conseils pour des prises en charge que de faciliter l'orientation lorsqu'un jeune nécessite des soins.

Le développement d'équipes mobiles et l'intégration de professionnels soignants dans les équipes éducatives sont deux autres points évoqués pour favoriser le repérage et l'accès aux soins. L'organisation d'un dépistage plus systématique de la souffrance psychique pourrait y contribuer également. En ce qui



concerne les soins plus spécifiquement, le recours à des médiations semble plus adapté que l'approche psychothérapique classique dans un certains nombre de cas.

De plus, une meilleure formation, aussi bien pour les soignants (spécificités culturelles) que pour les travailleurs sociaux (psychopathologie des adolescents, organisation du système de soin...) soutiendrait les différents professionnels dans leur accompagnement. Le développement de temps de supervision est un besoin également pointé par les intervenants souvent éprouvés dans leur travail.

Enfin, un autre élément récurrent est le besoin de plus de moyens, aussi bien en termes budgétaires qu'en termes de temps, de structures adaptées et de personnel.

Ainsi, au delà des difficultés d'accès aux soins spécifiques aux MNA, déjà bien mises en évidence dans différentes études, on note également plusieurs défis pour les professionnels qui accompagnent ces jeunes dans les soins en santé mentale. Le travail de lien est un élément central pour ces mineurs isolés, aussi bien entre le professionnel et le jeune qu'entre les intervenants eux-mêmes. Construire un étayage médical et social cohérent tout en introduisant une continuité dans la prise en charge et un repérage précoce (pour éviter l'entrée dans les soins en crise) semble particulièrement important pour ces jeunes qui doivent faire face à de nombreuses ruptures dans leur parcours et à un isolement dans un pays étranger.

Les spécificités de ce public nécessitent également de repenser les prises en charge, tant dans les modalités de dépistage que dans l'organisation des soins en eux-mêmes : prise en compte de l'intrication culturelle et sociale, recours aux médiations, assouplissement du cadre, repenser le travail avec les familles qui sont absentes sur le territoire, intégration de soignants au sein des équipes éducatives...

Quoi qu'il en soit, ces accompagnements engendrent souvent chez les soignants et les travailleurs sociaux des vécus variés, de l'impuissance à la colère en passant par l'investissement émotionnel marqué. A cela s'ajoutent des attentes et représentations parfois divergentes entre le social et le médical, sources de malentendus et de tensions. Les temps de supervision et les rencontres entre les différents intervenants sont alors d'autant plus pertinents.

Ces éléments retrouvés au cours des entretiens avec les professionnels semblent être des pistes intéressantes à développer pour lutter contre les inégalités en terme d'accès aux soins dont les MNA sont l'objet en regard des autres adolescents du même âge, et afin d'offrir une prise en charge plus adaptée aux spécificités de ce public.

Le Président de la thèse,
Professeur Emmanuel POULET

GRUPEMENT HOSPITALIER CENTRE
HOPITAL EDOUARD HERRIOT
Pavillon N - Psychiatrie des Urgences
Pr. E. POULET (RPPS 10003103008)
69437 LYON CEDEX 03

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de la Faculté de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 30 JUIN 2021

Annexe 1 : BIBLIOGRAPHIE

1. Journal Officiel. Article 1 - Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille - Légifrance [Internet]. nov 19, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000033420363
2. Conseil de l'Europe. Recommandation CM/Rec(2007)9 du Comité des Ministres aux États membres sur les projets de vie en faveur des mineurs migrants non accompagnés. juill 12, 2007.
3. Conseil de l'Union Européenne. EUR-Lex - 31997Y0719(02) - FR [Internet]. Journal Officiel n° C221 OPOCE; juill 19, 1997 p. 0023-7. Disponible sur: [https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31997Y0719\(02\):FR:HTML](https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31997Y0719(02):FR:HTML)
4. UNHCR. Note du HCR sur les politiques et les procédures à appliquer dans le cas des enfants non accompagnés en quête d'asile [Internet]. 1997 févr [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr-fr/protection/children/4b151b9d37/note-hcr-politiques-procedures-appliquer-cas-enfants-accompagnes-quete.html>
5. Forum Réfugiés - Cosi. Le Rapport annuel 2019 sur l'asile en France et en Europe [Internet]. 2019 [cité 7 sept 2021] p. 244. Disponible sur: <https://www.forumrefugies.org/s-informer/publications/rapports/330-le-rapport-annuel-2019-sur-l-asile-en-france-et-en-europe>
6. Etiemble A. Les Mineurs Isolés Etrangers - Evaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide Sociale à l'Enfance - Les termes de l'accueil et de la prise en charge. Rennes: Etude réalisée pour la Direction de la Population et des Migrations; 2002.
7. Forum Réfugiés - Cosi. Mineurs étrangers non accompagnés : un an d'accueil et d'accompagnement par Forum réfugiés-Cosi dans la Métropole de Lyon [Internet]. 2019 mai [cité 20 août 2021]. Disponible sur: <https://www.forumrefugies.org/presse/nos-communiqués-de-presse/291-mineurs-etrangers-non-accompagnes-un-an-d-accueil-et-d-accompagnement-par-forum-refugies-cosi-dans-la-metropole-de-lyon-mineurs-etrangers-non-accompagnes-un-an-d-accueil-et-d-accompagnement-par-forum-refugies-cosi-dans-la>

metropole-de-lyon

8. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet Lond Engl*. 9 avr 2005;365(9467):1309–14.
9. Brandt L, Henssler J, Müller M, Wall S, Gabel D, Heinz A. Risk of Psychosis Among Refugees: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 nov 2019;76(11):1133–40.
10. Giacco D, Laxhman N, Priebe S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Semin Cell Dev Biol*. mai 2018;77:144–52.
11. Miller KE, Weine SM, Ramic A, Brkic N, Bjedic ZD, Smajkic A, et al. The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *J Trauma Stress*. oct 2002;15(5):377–87.
12. Steel JL, Dunlavy AC, Harding CE, Theorell T. The Psychological Consequences of Pre-Emigration Trauma and Post-Migration Stress in Refugees and Immigrants from Africa. *J Immigr Minor Health*. juin 2017;19(3):523–32.
13. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 5 août 2009;302(5):537–49.
14. Ben Farhat J, Blanchet K, Juul Bjertrup P, Veizis A, Perrin C, Coulborn RM, et al. Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med*. 13 mars 2018;16(1):40.
15. Ottisova L, Hemmings S, Howard LM, Zimmerman C, Oram S. Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: an updated systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. août 2016;25(4):317–41.
16. Lamkaddem M, Essink-Bot M-L, Devillé W, Gerritsen A, Stronks K. Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. *Eur J Public Health*. déc 2015;25(6):917–22.
17. Miller KE, Omidian P, Rasmussen A, Yaqubi A, Daudzai H. Daily stressors, war experiences, and mental health in Afghanistan. *Transcult Psychiatry*. déc 2008;45(4):611–38.
18. Pannetier J, Lert F, Jauffret Roustide M, du Loû AD. Mental health of sub-saharan

african migrants: The gendered role of migration paths and transnational ties. *SSM - Popul Health*. déc 2017;3:549–57.

19. Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Soc Sci Med* 1982. mars 2007;64(6):1204–15.

20. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol*. oct 1990;2(4):425–44.

21. Rossman BR, Bingham RD, Emde RN. Symptomatology and adaptive functioning for children exposed to normative stressors, dog attack, and parental violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 1997;36(8):1089–97.

22. Derluyn I, Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethn Health*. avr 2007;12(2):141–62.

23. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. mai 2014;23(5):337–46.

24. Gargiulo A, Tessitore F, Le Grottaglie F, Margherita G. Self-harming behaviours of asylum seekers and refugees in Europe: A systematic review. *Int J Psychol J Int Psychol*. avr 2021;56(2):189–98.

25. Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunniff A. Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. juill 2008;49(7):723–32.

26. Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, et al. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2 avr 2009;3(1):13.

27. Thommessen S, Laghi F, Cerrone C, Baiocco R, Todd BK. Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents. *Child Youth Serv Rev*. 2013;35(1):7–10.

28. Kataoka SH, Zhang L, Wells KB. Unmet need for mental health care among U.S. children: variation by ethnicity and insurance status. *Am J Psychiatry*. sept 2002;159(9):1548–55.

29. Kramer TL, Phillips SD, Hargis MB, Miller TL, Burns BJ, Robbins JM. Disagreement

between parent and adolescent reports of functional impairment. *J Child Psychol Psychiatry*. févr 2004;45(2):248–59.

30. Yeh M, Weisz JR. Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *J Consult Clin Psychol*. déc 2001;69(6):1018–25.

31. Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P. Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Adm Policy Ment Health*. mai 2006;33(3):342–55.

32. Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M. Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child Care Health Dev*. sept 2013;39(5):651–9.

33. Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus*. 2015;4:131.

34. Nosè M, Turrini G, Barbui C. Access to mental health services and psychotropic drug use in refugees and asylum seekers hosted in high-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. oct 2015;24(5):379–81.

35. Furre A, Sandvik L, Heyerdahl S, Friis S, Knutzen M, Hanssen-Bauer K. Characteristics of adolescents subjected to restraint in acute psychiatric units in Norway: a case-control study. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 nov 2014;65(11):1367–72.

36. Manhica H, Almquist Y, Rostila M, Hjern A. The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: a national cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. oct 2017;26(5):526–34.

37. Majumder P, O'Reilly M, Karim K, Vostanis P. « This doctor, I not trust him, I'm not safe »: the perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *Int J Soc Psychiatry*. mars 2015;61(2):129–36.

38. Majumder P, Vostanis P, Karim K, O'Reilly M. Potential barriers in the therapeutic relationship in unaccompanied refugee minors in mental health. *J Ment Health Abingdon Engl*. août 2019;28(4):372–8.

39. O'Reilly M, Taylor HC, Vostanis P. « Nuts, schiz, psycho »: an exploration of young homeless people's perceptions and dilemmas of defining mental health. *Soc Sci Med* 1982. mai 2009;68(9):1737–44.

40. O'Reilly M, Kiyimba N. You Can Take a Horse to Water But You Can't Make it Drink': Exploring Children's Engagement and Resistance in Family Therapy. *Contemp Fam Ther.* 1 sept 2013;35:491-507.
41. Jarlby F, Goosen S, Derluyn I, Vitus K, Jervelund SS. What can we learn from unaccompanied refugee adolescents' perspectives on mental health care in exile? *Eur J Pediatr.* déc 2018;177(12):1767-74.
42. Ellis B, Miller A, Baldwin H, Abdi S. New Directions in Refugee Youth Mental Health Services: Overcoming Barriers to Engagement. *J Child Adolesc Trauma.* 1 mars 2011;4:69-85.
43. Intissar S, Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Rev Francoph Int Rech Infirm.* 1 sept 2015;1:161-8.
44. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum.* sept 2014;41(5):545-7.
45. Bricaud J. Les mineurs isolés face au soupçon. *Plein Droit.* 2006;n° 70(3):23-7.
46. Guégan M, Rivollier E. Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative. *Sante Publique (Bucur).* 2017;Vol. 29(6):861-7.
47. ANESM. L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers ». 2017.
48. Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Wentzel-Larsen T, Heir T. The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open.* 21 juin 2017;7(6):e015157.
49. Jensen TK, Skar A-MS, Andersson ES, Birkeland MS. Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* déc 2019;28(12):1671-82.
50. Radjack R, Baubet T, El-Hage W, Taïeb O, Moro MR. Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2012;170:591-5.
51. Demarche C, Guern GL. L'interdisciplinarité dans l'accompagnement des mna : une modalité étayant les éducateurs et les adolescents. *Rev Enfance Adolesc.* 2017;n° 96(2):355-70.

52. Guessoum SB, Touhami F, Radjack R, Moro MR, Minassian S. Prendre en charge les mineurs non accompagnés : spécificités d'un dispositif complémentariste en contexte transculturel. *L'Autre*. 8 déc 2020;Volume 21(3):262–73.
53. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - Circulaire interministérielle n° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/ n°521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipe mobile précarité. [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=13422>
54. Demazure G, Gaultier S, Pinsault N. Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. avr 2018;27(4):447–66.
55. Hynek N, Franczukowska A, Rössl L, Schreder G, Faustmann A, Krczal E, et al. A System Model of Post-Migration Risk Factors Affecting the Mental Health of Unaccompanied Minor Refugees in Austria-A Multi-Step Modeling Process Involving Expert Knowledge from Science and Practice. *Int J Environ Res Public Health*. 14 juill 2020;17(14):E5058.
56. Oppedal B, Idsoe T. The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scand J Psychol*. avr 2015;56(2):203–11.
57. Sierau S, Schneider E, Nesterko Y, Glaesmer H. Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juin 2019;28(6):769–80.

Annexe 2 : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

<p>Consigne de départ</p>	<p>Vous êtes amené(e) à prendre en charge / accompagner des mineurs non accompagnés, et vous avez déjà été confronté(e) à une problématique de santé mentale chez ces jeunes. Pouvez-vous me parler de votre expérience de cette prise en charge ?</p>
<p>Questions de relance</p> <p><i>Thèmes étudiés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>difficultés rencontrées dans l'accès aux soins ou la prise en charge en santé mentale de MNA</i> • <i>vécus des professionnels</i> • <i>facteurs facilitateurs éventuels</i> • <i>pistes d'amélioration</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer dans cet accompagnement ? En quoi avez-vous l'impression que ce facteur a impacté la prise en charge du MNA ? - Quels autres obstacles avez-vous rencontré dans l'accès au soin ou la prise en charge en santé mentale de ce jeune ? - Y a-t-il des facteurs qui ont au contraire facilité / amélioré leur prise en charge ? - Selon vous, comment pourrait-on améliorer ces prises en charge ? - Pourriez-vous développer ?

Cette trame générale a n'a pas été suivie de manière stricte, afin de s'adapter au déroulement de chaque entretien.

Annexe 3 : ILLUSTRATION DES CONCEPTS PAR DES EXTRAITS DES VERBATIMS

E1-5 : « éducateurs » = travailleurs sociaux des structures du quotidien

M1-4 : travailleurs sociaux de la MEOMIE

P1-4 : psychiatres

I. Particularités MNA et impact sur l'accès aux soins	
1) un public plus vulnérable	
a. des profils variés	
survivants	<i>C'est un public de survivants. Les gamins qui sont MNA, ils ont fait leur chemin à pied, en bateau, sous des camions... ils ont bossé, ils ont été réduits en esclavage, ils ont été torturés... s'ils sont là, on a, on a ceux qui ont survécu... ils se plaignent pas. Ils se plaindront pas (E1)</i>
vulnérables, (réseaux délinquances / toxicomanie)	<i>Ils sont pris dans des réseaux, [...] prostitution, drogue, tout ça... [...] mais nous on n'a pas forcément de prise parce qu'ils sont dans la rue, dans l'errance, alors que ben ils sont pris en charge comme en protection de l'enfance ! (E2)</i>
nouveaux profils plus difficiles	<i>Moi je connaissais des mineurs isolés [...] qui avaient un objectif précis, [...] ils venaient faire des études, travailler etc., donc c'était logique ! Donc ces mineurs-là, c'était très simple par rapport à d'autres. [...] Mais de ces profils nouveaux qui arrivent, c'est plus du tout les mêmes ! C'est parce qu'ils sont beaucoup plus dans la transgression (P1) Ou alors des jeunes qui vont être en fugue, qui vont être dans l'errance, qu'on va pas réussir à accrocher, qu'on va très peu voir... et puis du coup qu'on arrive pas à amener vers la scolarité non plus ! (M1)</i>
adolescents	<i>Le passage initiatique adolescent, qui est quand même quelque chose de fondamental pour pouvoir... grandir ! C'est faire ce travail de renonciation, de deuil, de désillusions, pour pouvoir investir des choses autres, mais adaptées quoi. [...] il faut que nous on le retravaille, les institutions, avec eux. Comme le feraient des parents peut-être avec un adolescent. (P2)</i>
b. facteurs de stress	
choc culturel, désillusions	<i>Après il y a tout le paradoxe de l'accueil aussi, où ils font semblant d'être francisés en deux secondes, de rentrer dans les codes et les normes françaises très rapidement alors que c'est pas leur vraie personnalité tu vois... Ils font semblant de rentrer dans la matrice française pour prétendre à des papiers, et ces papiers là c'est un point d'interrogation. (E3)</i>
précarité, ruptures	<i>Ca a été très compliqué pour lui, il s'intégrait très bien dans le lieu où il était, ça faisait pratiquement 18 mois qu'il était dans une MECS, il posait aucune difficulté, et puis d'un seul coup ils ont voulu regrouper, alors qu'il s'était fait, qu'il commençait à faire des relations etc, alors ça a fait une rupture, et là ça l'a décompensé complètement ! (P3)</i>
discriminations	<i>Le problème du MNA c'est que l'immigration prend le pas sur la protection de l'enfance bien souvent. Et du coup il sont beaucoup plus traités comme des migrants que comme des enfants (M2)</i>
remise en doute	<i>Moi j'ai vu des gens en audience, le gamin il dit « je suis parti avec mon père », et</i>

permanente	<i>puis le juge commence à dire « et puis comme par hasard ton père est mort dans la traversée ! ». [...] Et elle dit « mais ton père il est mort pendant la traversée... mais qu'est-ce qui me dit que c'est ton père ? » (M3)</i>
isolement	<i>C'était une sortie de prison pour aller dans un appartement en autonomie... y'a que ça... et ça fait 2 mois là, 2 mois que le jeune il est un peu livré à lui-même... (E3)</i>
stress de la régularisation	<i>Donc vous vous rendez compte tout ce qu'on leur dit, sur quoi ils doivent être précautionneux ? Il faut qu'ils fassent en 2 ans ce qu'un français va faire en 18 ! (M3)</i>
démarches sans fin	<i>Ils se disent "J'ai payé mon passeur c'est bon, j'suis dans mon truc ! Je suis dans la MEOMIE, je suis dans ma scolarité, j'ai mes papiers, j'en bouge plus quoi !". Et puis à un moment donné y'a l'école qui vient lui dire "ben ouais, tu nous dois ci, tu nous dois ça...", le gamin il en peut plus quoi ! il devient fou dans sa tête ! (M3)</i>
Etapas clés : soulagement ou décompensation	<i>Généralement ils tiennent ils tiennent ils tiennent le moment de l'arrivée en France, de la scolarisation, de trouver un foyer... et une fois qu'ils sont peu posés en foyer, là ils commencent à ... à se laisser aller un peu plus, et c'est là qu'ils parlent de leurs difficultés de sommeil, c'est là qu'apparaissent aussi les premières difficultés à aller à l'école (E4)</i>
Récit traumatique du demandeur d'asile	<i>Dernièrement il a eu un rendez-vous pour sa demande d'asile, et il a dû reparler de tout ça, ce qui a été très... très compliqué pour lui. (M2)</i>
Dettes à rembourser (passeurs), attentes de la famille	<i>La pression qu'il a, quand tout le village attend qu'il envoie des sous s'il est bien arrivé et tout... [...] Il y a des gamins ils continuent à payer le passeur 3 ans après quoi ! (M3)</i>
crise sanitaire covid19	<i>Tout ça ça vient en plus du virus et des interdictions, il y a tout ce que ça implique en terme de démarches administratives ! Qui sont bloquées, reportées, compliquées... voilà, il y a des jeunes que ça inquiète énormément ! (E5)</i>
c. Psychopathologie	
Tableaux multiples	<i>C'est une clinique un peu nouvelle et complexe, qui mêle à la fois des éléments du traumatisme qui sont importants, mais aussi une clinique liée à l'exil, et puis aussi d'autres éléments qui sont souvent mélangés, soit des éléments psychotiques pour certains, soit des éléments de la thymie dépressive, qui est souvent réactionnelle au parcours difficile... (P2)</i>
Intrication du social et de la culture	<i>L'incertitude diagnostique oui, et l'intrication... ben... social – psy, ça c'est quand même... je pense que c'est même plus compliqué que la part culturelle ! (P2)</i>
Eléments traumatiques	<i>Ils viennent avec des... la plupart du temps des pathologies traumatiques. Certains ont des pathologies plus graves, psychotiques ou autres, mais la plupart du temps c'est quand même très traumatique (P3) Chez la plupart j'ai l'impression qu'il y a des traumatismes beaucoup dus au parcours d'exil, et le truc qui est quasiment commun à tous c'est les difficultés de sommeil (E4)</i>
Parcours qui fait écran	<i>Alors on se centre sur le parcours, mais... finalement... bon le parcours il est traumatique de toute façon ! Le parcours migratoire dans les conditions qu'on connaît, il est forcément que traumatique ! Donc ça c'est un peu écran, parce qu'on est fixé là-dessus, et on ne connaît pas le sujet quoi, derrière ! (P2)</i>
2) Obstacles et réticences liés aux MNA	
a. Méfiance / craintes vis-à-vis des soins	
Barrière culturelle	<i>Alors après il y a aussi la question de la psychologue dans les différentes cultures. Y'en a certains qui nous disent « non, chuis pas fou, je veux pas aller la voir ». (E4)</i>

Manque d'informations	<i>On a beaucoup de jeunes qui n'arrivent pas à comprendre ce que c'est un psychologue, ce que c'est qu'un psychiatre, ce que c'est... le rapport aux soins est très compliqué. C'est pas du tout le même apport qu'ils ont dans leur pays d'origine, ne serait-ce qu'une prise de sang pour eux c'est déjà quelque chose de très compliqué ! Ils ont peur qu'on prenne leur sang, qu'on fasse quelque chose avec leur sang, pourquoi ça, pourquoi les vaccins... Alors quand on leur parle d'un psychologue, quelque chose comme ça, ils comprennent pas ! On leur dit « Bon écoutez, c'est quand ça va pas très bien dans la tête, vous pouvez en parler », mais ils disent « à quoi ça sert de faire ça ? » (M2)</i>
Regard d'autrui et de soi-même : faiblesse	<i>Aller voir un psychologue, c'est quand même quelque part un aveu d'échec ou... [...] voilà, peut-être de faiblesse (E5)</i>
Méfiance vis à vis d'autrui	<i>Les jeunes qui ont été beaucoup malmenés dans leur confiance avec les adultes qui ont dû les accompagner, que ce soit dans leur pays ou dans leur parcours, et donc après pour recréer un lien de confiance, ça se fait pas en cinq minutes ! (P2)</i>
Expériences négatives de l'hôpital	<i>Il avait été hospitalisé au Vinatier, et c'était très négatif pour lui. [...] Il serait pas réfractaire aux soins, mais son expérience qu'il a eue dans le passé a fait que il peut plus faire la démarche d'aller voir un psy, ça lui fait peur en fait. (E2)</i>
Peur de l'enfermement	<i>Y'a ça qui joue peut-être aussi sur la création de lien, par rapport à un médecin psychiatre qu'on prend pour un médecin des fous et avec qui si on dit quelque chose de travers on risque d'être enfermés (E5)</i>
Discours « formaté » à ne pas déranger	<i>Il y a écran, il a appris un truc par cœur, ou en tout cas c'est son histoire on va dire, c'est son histoire, ça lui appartient. Et là quand on vient déranger parfois quelque chose, vous allez lui demander parfois de revenir dessus pour l'expliquer, parce que vous sentez qu'il y a des incohérences dans son parcours, vous sentez qu'il y a des choses qui passeront pas... (M3)</i>
b. Autres objectifs et priorités	
Démarche de régularisation	<i>Quand ils sont arrivés en France, faut trouver une école, faut apprendre le français, faut faire des papiers, faut... faut faire plein de choses ! Et en fait quand tu discutes avec certains, ils vont te dire « ben clairement on s'en fout de notre santé ! Nous notre priorité c'est d'être placés en France, d'avoir notre vie, notre appart » (E2) Eux aussi je pense, dans cette course à la régularisation ils se disent « ça va aller, je vais tenir, je vais tenir » (M2)</i>
Relativisation de leur situation après un parcours traumatique	<i>S'ils sont là, on a, on a ceux qui ont survécu... ils se plaignent pas. Ils se plaindront pas (E1) Ils ont tous plus ou moins perdu quelqu'un sur le parcours, euh... ils le voient pas comme un traumatisme en fait, mais plus comme quelque chose qui fait partie du parcours, voilà... ça fait partie de leur réalité, c'est comme ça ! (E5)</i>
Temporalité différente	<i>Peut-être ils comprennent pas l'utilité du psychologue, ou en tout cas c'est trop lent. C'est des jeunes qui sont aussi dans la projection du temps, il faut que ça aille vite en fait. (M4)</i>
Incompatibilité soins – démarches administratives ?	<i>Tout est la question de... parce qu'au niveau du droit en fait c'est ça qui bloque beaucoup : est-ce que... enfin, qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour qu'ils aient une scolarité adaptée ? Si on les oriente vers des entreprises adaptées, vers des lieux de travail adaptés, est-ce que ça va leur permettre d'avoir un titre de séjour ? (M4)</i>
Errance	<i>Il y a des jeunes qui sont tellement éloignés en fait finalement du système français [...], qui sont dans la rue, dans des squats... là par exemple quand on leur parle de démarche... pas forcément de soins, même moi par exemple pour faire des papiers, pour qu'ils aient un titre de séjour à leur majorité, ils estiment qu'ils n'ont pas besoin de ce papier là parce qu'ils vont se débrouiller [...] Et alors le soin, c'est</i>

	<i>très très loin pour eux ! (E2)</i>
c. autres ressources	
Soutien des pairs	<i>Ils estiment qu'ils n'ont pas besoin d'aide parce qu'ils ont peut-être des ressources qu'on ne connaît pas, je sais pas ! Moi par exemple je sais qu'il y a des jeunes qui s'appuient sur leurs copains [...] il y a une solidarité, donc je pense que ça les aide aussi (E2)</i>
Bénévoles	<i>Y'a des bénévoles qui viennent au bureau régulièrement, tous les soirs, du coup les jeunes qui en ont besoin viennent se faire aider. Alors là c'est assez génial, y'en a certains qui ont tissé des liens avec ces bénévoles-là (E3)</i>
Religion	<i>Ils sont beaucoup dans la religion, déjà. [...] ils se disent [que] c'est leur Dieu qui va les aider et c'est pas un psy... (E2)</i>
Addictions	<i>En fait pour lui son soin c'est ça ! Quand tu lui parles d'aller mieux, il dit « bah moi je prends mon petit Lyrica et puis ça va mieux ! » (E2)</i>
3) Particularité du rapport à la vérité	
a. Mineurs / majeurs ?	
Doute et suspicion permanents	<i>Alors bien sûr, ce jeune-là, après il me l'a dit, il avait quand même... quand il avait 16 ans... je sais hein, il m'a dit, il avait... six ans de plus ! C'est pas pareil ! C'est vraiment pas pareil ! C'est à partir du moment où il a pu le dire, on était plus dans le déni, c'est dit... ça... ça fonctionnait (P3)</i>
Travail hors du cadre réglementaire	<i>Tout le monde dit « ah bah oui... on sait », mais personne ne, n'en parle, on peut pas être dans la loi ! [...] Si les institutions ne travaillent pas dans la loi, c'est compliqué ! [...] Tout le monde fait en sorte de faire semblant qu'ils savent pas pour quand même... c'est compliqué ! Ce serait plus simple de dire « ah bah oui, on sait ! Mais on va pouvoir, on va continuer, on va pouvoir faire quand même quelque chose pour toi » (P3)</i>
Impact psychologique de « jouer un rôle »	<i>On a aussi des majeurs qui pendant quatre ou cinq ans se font passer pour des mineurs, changent d'identité, ne peuvent plus avoir de lien avec leur famille, et ça a un impact sur le psychologique à un moment... à jouer euh... à jouer l'enfant alors qu'on a 30 ans passés, c'est... dans la tête il finit par y avoir une confusion, et davantage de chaos (M2)</i>
Dispositifs éducatifs et de soins non adaptés aux adultes	<i>On pense la prise en charge, je parle de la prise en charge hospitalière, on pense pour les ados. Donc notre cadre il est complètement imprégné de la prise en charge des ados. Mais des adolescents qui vivent avec parents, qui ont un fonctionnement très adolescent par rapport au cadre, par rapport aux règles, par rapport aux limites qu'on leur pose et... qui est institué aussi par les parents (P1)</i>
Risques de mêler des majeurs avec des mineures	<i>Quand ils sont très majeurs, il y a deux petites choses qui me gênent, c'est : t'as 40 ans, je vais te mettre en troisième, ça me fout un peu les boules quand même parce que... c'est pas pour toi hein ! Mais c'est aussi pour les autres gamines qu'il y a autour (M3)</i>
Passif addictif plus long	<i>Après faut pas se mentir, il y a aussi euh, des mineurs qui sont ici qui sont très majeurs hein ! Et donc du coup qui ont aussi un passif de... d'addiction, qui soit alcool, qui soit shit, qui soit médicaments... (M3)</i>
b. Un récit « formaté »	
Absence d'histoire de vie, contrairement aux prendre en charge ASE classiques	<i>Dans l'ASE classique, où vous partez souvent d'une évaluation enfance en danger [...] nous on fonctionne complètement à défaut en fait ! Là vous savez quand vous avez un gamin que se fait... ben voilà, il se fait placer à 6 ans, on sait qu'il se fait violer depuis l'âge de 2 ans, moi je suis pas psy, mais je me dis déjà... dans quel état on va récupérer le gamin quand on va signer son accueil ? Vous prenez Mamadou ici, euh... il faut un sacré travail d'affiliation pour qu'il réussisse à me dire toute sa vie (M3)</i>
Impact sur lien avec	<i>Parce qu'on a un récit par les, par les jeunes, mais qui est souvent très très</i>

professionnel	<i>lacunaire, assez stéréotypé... Pour moi j'en ai eu au moins une dizaine de prises en charge, c'est assez... similaire d'un individu à l'autre avec forcément une méfiance qui s'installe vite dans les équipes (P2)</i>
Vigilance pour éviter les incohérences	<i>Tant que la question administrative n'est pas réglée ils ont pas leurs papiers [...] ils sont quand même très très prudents sur ce qu'ils racontent, souvent ils ont été pas mal briefés par les passeurs sur ce qu'il faut raconter, ce qu'il faut pas dire, quelle histoire...(E4)</i>
Importance de la transparence des professionnels	<i>Mais je lui dis « je te rends service en disant ça, je te mets à l'aise en distant que t'es majeur, parce que tu vas voir, il va falloir que tu tiennes cette peau de gamin de 16 à 18 ans ! Sauf qu'il y a des gens qui vont te dire que tu les fais pas » (M3)</i>
Mise en difficulté du travail psychique	<i>Le travail psychique ne sert à rien ! Le travail éducatif il peut se faire sur quelque chose, parce qu'on pouvoir les amener à pouvoir aller à l'école, à apprendre des choses, mais quand il s'agit de soigner au niveau psychique, si on n'a pas des choses vraies... et bien on perd son temps quoi ! (P3)</i>

II. Soins en santé mentale	
1) Difficultés d'accès	
a. Verbalisation du mal-être	
Barrière de la langue	<i>Certains c'est un français de base, c'est vraiment... voilà, je pense que échanger sur un parcours, échanger sur ce qu'ils vivent dans le temps présent aussi en France, c'est pas facile. (E2)</i>
Barrière culturelle	<i>Donc pour qu'il se confie... et en plus on a un africain, dans le peu des cultures que je connais, qui va avoir le respect des aînés, qui va parler à une femme, blanche, qu'il connaît pas... (M3)</i>
Méfiance et précautions	<i>Ils sont très méfiants de par leur parcours je pense, ils ont rencontré beaucoup de personnes qui les ont trahis... enfin moi, de ce qu'ils ont pu évoquer avec moi, mais ils ne font pas forcément confiance à des personnes qu'ils ne connaissent pas (E2)</i>
Temporalité	<i>« Moi je, pour maintenant je veux pas de suivi. Si je suis pas bien c'est parce que pour l'instant j'ai pas d'école, que je suis pas en structure, quand j'aurai tout ça ça ira mieux ». [...] Et puis après c'est aussi respecter leur temporalité [...] c'est peut-être quelque chose qu'on peut réaborder une fois qu'il y a la scolarité (M1)</i>
Traumatismes indicibles	<i>Il a subi des violences, des violences sexuelles quand il était enfant et euh... c'est absolument, pour un garçon, d'avoir subi des violences sexuelles par d'autres garçons c'est inconcevable dans sa culture [...] Et là il est arrivé à parler, mais ça fait deux ans ! Deux ans à m'expliquer véritablement ce qu'il s'est passé (P3)</i>
Verbalisation de manière détournée	<i>Mais du coup parfois ça passe par d'autres... J'en avais un là qui a un très très bon lien avec son médecin généraliste qui l'écoutait beaucoup... Alors ça passait beaucoup par le somatique, il avait toujours mal quelque part, et avec un généraliste qui l'écoutait beaucoup beaucoup. Et du coup ça a pu passer par le généraliste. (E4)</i>
Parole facilitée dans les temps informels	<i>Sur un temps un peu informel [...] enfin un atelier ou une activité où on va être dans une discussion un peu plus détendue, on n'est pas dans les problèmes administratifs ou ce genre de choses... Là on va avoir des jeunes qui vont se livrer sur des souvenirs du parcours, ce genre de choses. C'est ces moments-là où on peut avoir ce type d'échange. (E5)</i>
Augmentation de la verbalisation pendant	<i>il y a des jeunes qui ont pu dire que c'était compliqué pour eux de... de n'avoir aucune activité, parce que du coup ça fait, ça fait réfléchir... ça fait réfléchir. Et</i>

le confinement	<i>moi il y a beaucoup de jeunes qui ont pu me faire part que... ils m'en avaient jamais fait part, et là ils ont pu me dire « ben oui, je dors pas bien » ou « je dors plus du tout, ou juste des petites siestes »... donc du coup on a pu arriver à discuter (M1)</i>
b. Enjeu du dépistage / repérage précoce	
Communication non verbale, addictions	<i>Bien souvent c'est dans l'attitude, là tout se passe dans la communication non verbale pour ceux qui... qui ne disent pas. Ils sont très prostrés, ils sont... ils peuvent dire « ça va, oui je vais bien » mais faire non de la tête (M2)</i>
Retentissement sur la scolarité	<i>Troubles psy et traumatisme, moi je différencie. Troubles psy, pour moi c'est vraiment ceux qui vont impacter euh... enfin qui vont impacter leur scolarité et leur suivi. (M4)</i>
Repérage par un intermédiaire (colocataire, hôtelier, généraliste, école...)	<i>C'est souvent les structures dans les premiers jours ou les hôtels qui vont dire « ce gamin sort pas de sa chambre, il mange pas, il a l'air prostré ». Et puis vous avez beaucoup les colocataires des chambres d'hôtel et des appartements qui disent... (M3)</i>
Rapport de Forum Réfugiés, question ouverte dès le 1 ^{er} entretien	<i>Les jeunes quand ils arrivent sur le territoire français, ils sont évalués par Forum réfugiés, qui nous envoie le rapport d'évaluation qui atteste ou pas de sa minorité. On peut lire certains éléments... (M2) Ceux pour qui à un moment donné c'était tellement manifeste que vous avez donc Forum qui à un moment donné va vous faire un p'tit mot, une p'tite note pour vous dire "Attention, il va pas bien" (M3)</i>
Manque de moyens et de formation dans les structures éducatives	<i>il y a peut-être des choses pourrait être repérées [...] il y a peut-être des comportements que je ne vois pas et qui pourrait montrer... je ne sais pas, un besoin de soins ou un besoin de... tu vois ! Moi c'est ça, j'ai pas de... de bagage ! Enfin, le bagage que j'ai c'est sur le terrain, [...] tu sais des fois on a besoin peut-être d'un peu de théorie (E2)</i>
Présence éducative moindre que dans l'ASE classique, et acutisation des troubles la nuit	<i>En gros, c'est comme si y'avait une famille, un papa une maman avec 17 enfants ! Est-ce qu'on considérerait que ces gamins-là ont plein d'attention le soir, et plein de gens qui peuvent être attentifs au moindre détail de choses ? (E1)</i>
Importance dépistage précoce	<i>Oui donc si on peut l'éviter [l'hospitalisation], ça serait mieux ! Euh... mais après, oui, avec des prises en charge plus intensives, et un dépistage plus précoce, ça je pense que ça serait fondamental ! (P2)</i>
c. Orientation et modalités d'accès	
Entrée dans la crise	<i>L'entrée dans le soin c'est principalement par la crise. Il faut qu'ils en viennent à faire quelque chose de grave, ou mettant vraiment en danger leur vie ou celle des autres pour avoir accès aux soins. Et ça crée un sous problème : c'est que c'est pas le meilleur moyen pour créer l'adhésion aux soins ! C'est-à-dire qu'un adolescent qui entre dans le soin en étant attaché à son lit pendant deux jours, à un moment c'est ce qu'il faut pour le mettre en sécurité, j'ai aucun jugement là-dessus. Mais quand c'est l'entrée, et quand après on essaie de le convaincre que il faut que tu retournes dans ce champ-là parce que ça va t'apporter un mieux-être, c'est une vente un peu dure à faire ! (E1)</i>
Difficultés d'adressage : non gardé aux urgences car « pas assez malade »	<i>C'est un jeune qui est pas assez malade pour qu'il puisse être hospitalisé par exemple en psychiatrie, [...] et qui est un peu dans l'entre-deux, où le centre Essor ça suffit pas, la psychiatrie c'est pas assez, et du coup qu'est-ce qu'on fait quoi ! (M1)</i>
Parole éducative peu prise en compte	<i>Je ne sais pas qui interpeler, je ne sais pas comment interpeller pour que ce soit crédible aussi. [...] L'appel d'un veilleur de nuit ou d'un éducateur au SAMU peut</i>

	<i>ne pas être pris au sérieux (E1)</i>
Difficultés d'orientation en ambulatoire : peu de places, mauvaise connaissance des structures, besoin d'un réseau	<i>On fait le plus d'orientation possible. On essaye, il y en a beaucoup on n'y arrive pas et pourtant on voit qu'il y a un souci... il y a beaucoup de jeunes qui ont des soucis. Mais on n'arrive pas, nous on n'a pas un partenariat forcément privilégié si vous voulez, et on n'est pas non plus en lien avec les hôpitaux, les trucs comme ça [...] Nous on sait pas... des fois on sait même pas où toquer à la porte ! (M2)</i>
Intérêt des médiations	<i>C'est peut-être quelque chose qui pourrait peut-être permettre de, si ce n'est de les amener à la consultation individuelle face à un psychologue, au moins de manière détournée de les amener à parler. Enfin voilà, essayer de travailler, ouais c'est ce que je disais, de manière un peu détournée (E5)</i>
2) Soins hospitaliers / soins ambulatoires	
a. Hospitalisation : avantages et inconvénients	
Temps de pause (mais risque passivité)	<i>ils étaient dans une position assez passive [...] C'est à dire que l'hospitalisation finalement ils s'y trouvaient relativement bien, ils s'y installaient assez facilement, mais avec très peu de demandes vis-à-vis des soignants quoi. C'était comme un lieu de pause quoi finalement, plus que un lieu de remise en cause ou de travail sur eux. (P2)</i>
Cadre stable	<i>Ils ont très peu de repères, donc ce qui fait que le seul repère qu'ils ont lorsqu'ils arrivent à l'hôpital psychiatrique c'est les soignants qu'ils rencontrent au quotidien et qui vivent avec eux ! [...] On leur propose aussi un cadre qui leur permet aussi d'être rassurés (P1)</i>
Repenser le projet de vie, travailler les désillusions	<i>C'est faire ce travail de renonciation, de deuil, de désillusions, pour pouvoir investir des choses autres, mais adaptées quoi. Alors qu'ils sont quand même dans cette idéalisation ! Donc soit c'est le rejet, soit c'est la dépression parce que ça ne correspond pas du tout à leur attente [...] Donc si ils arrivent à rencontrer une institution, d'ailleurs qu'elle soit psychiatrique ou éducative, qui arrive à faire peut-être ce travail de réajustement qui leur permettra d'investir après autre chose, ben c'est peut-être pas mal (P2)</i>
Problème du cadre strict	<i>C'est pas une bonne chose l'hospitalisation, c'est rarement une bonne chose pour eux parce qu'ils vivent... les règles qu'on a pour les mineurs euh... c'est compliqué parce qu'ils peuvent pas sortir tout seuls [...] donc ils viennent après avoir vécu un trajet où ils étaient livrés à eux-mêmes, à faire... à se protéger, à faire ce qu'ils pouvaient... à un endroit hyper fermé, avec des règles qui sont à l'opposé de ce qu'ils ont vécu pendant le trajet, et donc l'hospitalisation devient aussi un lieu extrêmement compliqué pour eux. Donc la plupart du temps ça se traduit par des crises d'agitation, de violence, donc euh... on va essayer de faire en sorte qu'ils restent peu de temps. (P3)</i>
Problématique sociale (risque que l'hôpital devienne un lieu de vie)	<i>Sur les situations un peu entre les deux [...] spontanément, j'aurais même tendance à dire « attention, peut-être que l'hospitalisation va donner une espèce de situation insolvable, où il va se trouver dans un endroit qui est plutôt sécurisant, qui est l'hôpital, mais quand est-ce qu'on pourra organiser une sortie ? » des choses comme ça. (P4)</i>
Risque de faux espoirs	<i>Et ma crainte est de donner un peu des faux espoirs de solution via l'hôpital, alors même que c'est pas du tout le rôle. (P4)</i>
b. Soins ambulatoires	
Apaisement avec mise en place du suivi	<i>Une fois qu'on a des soins en ambulatoire, en fait on a plus de crise, [...] tous les symptômes s'apaisent (E1)</i>
Limites financières pour les psychologues	<i>C'est des jeunes qui sont bénéficiaires de la CMU donc qui peuvent bénéficier de soins uniquement remboursés [...], le psychologue en libéral on peut pas (E4)</i>

CMP : délais, sectorisation, manque de spécificité transculturelle	<i>Je pense que c'est des situations très spécifiques, et il faut quelqu'un qui s'y connaisse [...]. Et l'autre [difficulté] c'est les histoires de délais et d'accès à un soin de secteur pédopsychiatrique habituel. Sur un plan administratif, quel secteur c'est toujours compliqué de savoir quand le jeune il est brinquebalé d'un foyer à l'autre, et euh sur le temps ! Enfin, les CMP... déjà sur un enfant qui n'est pas dans cette situation c'est compliqué, mais alors là c'est infernal. (P4)</i>
Interruptions ou retard de CMU	<i>La CMU et les MNA, ben c'est la roulette hein, honnêtement ! [...] Donc voilà, après j'ai une direction et une association qui prend le parti pris qu'on va payer les soins quand la CMU on a pas le papier, et on est assez connus maintenant de praticiens autour pour qu'ils mettent les choses en attente, voilà, mais... mais je trouve ça complètement fou ! (E1)</i>
Rendez-vous loupés	<i>On contacte le CMP... 2 mois ! [...] On avait anticipé le rdv au CMP, ben il s'est pas rendu au rendez-vous ! Ben ma collègue dit « il est pas venu au rdv ». Très bien, comment on fait ? Ben il a fallu qu'il refasse un passage à l'acte pour qu'il se retrouve à nouveau à l'hôpital. Et après on recommence ! (P1)</i>
Difficulté de relais hospitalisation -> ambulatoire	<i>Quand ils nous ont rencontrés en hospitalisation, quand on leur dit « ben faut aller voir quelqu'un d'autre », ben alors tintin pour qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre ! [...] On construit quelque chose dans un lien de confiance, et puis après ben faut qu'on dise « on s'arrête » (P1)</i>
Centre Essor	<i>Mais après nous tous les jeunes qui sont allés ils nous ont fait des bons retours hein ! Ils ont dit que ça leur avait fait du bien, nous-mêmes on a vu que... par exemple il y a un jeune il a été au centre de santé Essor récemment, il parlait très peu, et... c'est impressionnant, parce que maintenant il parle, il sourit, enfin c'est... et là on se dit « bah ouais, c'est vraiment bénéfique pour lui ! ». (E2)</i>
c. Aspect pharmacologique	
Adhésion variable	<i>Il y en a certains, ils sont très en demande. Souvent, leurs premières demandes c'est les benzos pour dormir. (P1) Actuellement on a des jeunes qui auraient plutôt tendance à ne pas vouloir les traitements. (E4)</i>
Vérification de l'observance impossible	<i>Pour les traitements : on donne pour 7 jours, mais après on ne peut pas vérifier la prise. Je suis toujours un peu inquiète (E4)</i>
d. limites des soins en santé mentale	
Manque de connaissances transculturelles	<i>Je pense que il y a aussi toute la dimension culturelle, et dans nos consultations malheureusement nous n'avons pas d'ethnologues, de sociologues, comme ça peut se faire dans certaines équipes, dont l'équipe de Marie-Rose Moro, ou même certaines équipes qui ont mis en place des équipes transculturelles. Donc là toute la dimension culturelle nous échappe aussi (P2)</i>
Temporalité et approche psychothérapique inadaptées	<i>Moi il y en avait un clairement il me disait « je lui raconte, je lui raconte, mais il dit rien ! » (M4)</i>
Soins par défaut	<i>J'aimerais croire que je choisis, mais dans la réalité ils ont des soins qui correspondent plus à ce que je trouve, que ce qu'il faudrait... à ce qu'une évaluation de leurs besoins, et donc des moyens nécessaires amènerait peut-être ! Concrètement les gamins ils sont suivis par qui on trouve, chez où on trouve une place hein ! (E1)</i>
3) Adaptation de la prise en charge en santé mentale aux spécificités des MNA	
a. Repenser la prise en charge	

Travailler sans la présence de la famille	<i>Nous on travaille avec les familles intensément en parallèle d'avec les jeunes, donc là je crois qu'il y a tout un champ qui nous manque, qui est quand même très important et qui demande qu'on réaménage (P2)</i>
Prendre en compte l'intrication de multiples facteurs	<i>Voilà, donc il y a du pénal, il y a de l'éducatif, il y a du transculturel, il y a... de l'adolescence, de l'impulsivité (P1)</i>
Plus de souplesse dans le cadre hospitalier et les soins ambulatoire	<i>J'ai pu voir des progrès, notamment avec des praticiens en CMP qui pour un jeune qu'on a qui est en grand grand besoin, avoir une sorte de politique de la porte ouverte. Ce gamin peut quasiment se pointer quand il veut au CMP, ou quand nous on sent une fenêtre « bam bam » on l'accompagne et on y va. Alors j'ai conscience hein que ça doit être une organisation de malade et qu'on peut pas faire ça pour tous les patients, mais peut-être que dans un état transitoire, par exemple sur le départ, histoire justement de créer cette adhésion ! Une fois que la personne a pu voir un intérêt pour elle, le mieux-être que ça lui apporte, on peut lui donner un rendez-vous, elle va venir ! (E1)</i>
b. Liens avec la famille	
Réinstaurer l'autorité parentale	<i>Là par exemple pour la gestion tu vois du traitement par exemple pour X, je lui dis « ta mère elle en pense quoi ? ». De réinstaurer une autorité en fait. Eux qui sont complètement livrés à eux-mêmes, de dire « ben non, moi j'ai un interlocuteur ». [...] Le fait que dans leur tête y'a quand même quelque chose d'une autorité, enfin symboliquement il y a quelqu'un, ça fait exister quand même quelque chose d'un cadre. (P1)</i>
Accès à l'histoire, au contexte culturel, alliance	<i>Quand on est en lien avec leur famille, on arrive à comprendre des choses [...] Ben en fait ça recrée du lien ! Ça recrée, ça remet en lien avec les origines (P3)</i>
Organisation éventuelle d'un rapatriement	<i>Heureusement c'est le frère qui nous a aidé ! C'est le frère qui nous a aidé ! Ben là faut tomber sur un mineur isolé qui a un frère, qui parle anglais, qui se préoccupe pour son frère... [...] Et là manière dont on est sorti de la situation, c'est le père qui est venu chercher son fils. (P1)</i>
c. Liens avec le MNA	
Nécessité d'établir une relation de confiance	<i>Essayez de créer une alliance avec le patient. Ça va être créer la confiance, pour essayer vraiment d'amener... et ça, ça se travaille au fur et à mesure hein ! C'est pas facile quoi ! (P1)</i>
Importance de la transparence	<i>Je leur dis toujours que je suis pas dupe, et qu'il y a des choses qu'ils me racontent auxquelles je ne crois pas. Quand j'y crois pas je leur dis « j'y crois pas ». Après je leur dis « si tu me dis pas les choses, si j'ai pas les bonnes informations je ne vais pas pouvoir travailler, ça ne va pas servir à grand-chose » (P3)</i>
Explications du secret professionnel	<i>Or ils ont pas beaucoup de confiance dans les institutions au départ, donc il faut beaucoup de temps pour qu'ils fassent confiance, donc au départ ils nous livrent un discours qu'on leur a appris à livrer, notamment de la part des passeurs. [...] Ca c'est vraiment déjà une difficulté clinique parce qu'il faut qu'ils fassent confiance, et la question du secret professionnel, pour la plupart qui viennent de pays où euh la question du secret euh... n'est pas du tout dans dans leur culture [...] ils n'arrivent pas à imaginer que lorsqu'on leur dit qu'on ne répètera à personne ce qu'ils nous disent, que ce soit vrai. (P3)</i>
Prise de risques	<i>Par exemple le risque qu'il fugue, que ce soit catastrophique, par exemple s'il sort de l'hôpital, souvent on m'avait dit hein, X euh... s'il sort de l'hôpital ça va être catastrophique... Ben faudra bien qu'on prenne le risque, de le faire ! Et ça permet d'accélérer peut-être l'alliance avec le patient. De dire que tu prends le risque aussi de lui faire confiance. Ça peut être à double tranchant aussi. Tu peux le regretter ! Mais... mais après ça crée du lien après par contre. (P1)</i>

Manque de formation aux spécificités culturelles et sociales	<i>Donc là toute la dimension culturelle nous échappe aussi, et il y a une dimension culturelle propre à chaque individu s'il vient de tel pays ou tel pays, et une dimension culturelle propre au parcours migratoire [...] Donc euh... du coup on se fixe sur les symptômes quoi ! (P2)</i>
--	---

III. Prise en charge sociale et éducative	
1) Objectifs de la prise en charge sociale et éducative	
a. Accompagnement des éducateurs du quotidien	
Intégration	<i>Ils sont déjà dans cet étonnement de tous ces petits luxes, de tous ces petits confort qu'on a [...] ! Même si c'est pas leur culture le soin psy, voilà, ils ont déjà accepté plein de trucs de blancs quoi ! Et ils sont prêts à tester si on a construit, si ils ont suffisamment confiance en nous (E1)</i>
Autonomie	<i>Et donc nous notre travail c'est vraiment l'accès à l'autonomie, travailler le projet professionnel, ça passe par la scolarité. Il y a aussi toute cette question de l'accès au droit commun notamment avec les soins. Et puis... et puis la question des papiers hein, qui est assez importante (E4)</i>
Repérage de la souffrance	<i>Et en fait, généralement, au moment de leur départ de chez nous, on en arrive au point où ils peuvent reconnaître l'existence de cette blessure. Le fait qu'ils méritent qu'elle soit soignée, c'est pas encore là la plupart du temps. [...] Donc nous, juste pouvoir leur faire prendre conscience que y'a des choses [...], que c'est pas parce que ils arrivent à le gérer qu'ils doivent le gérer, qu'ils doivent vivre toute leur vie avec ce mal-être-là, euh et que, et que ils ont le droit de pas avoir mal en fait, et que, et que il y a des choses qui existent pour tout ça ! Mais on s'arrête à là. On s'arrête à là, et dans une seconde partie de leur vie, ils construiront d'autres choses, et ils pourront... on leur montre en gros que la porte elle existe. (E1)</i>
Travail de l'adhésion pour orientation vers les soins	<i>On prend 2 semaines où toute l'équipe éducative est sur le pont, on ne fait que ça : construire son adhésion, pour que le jour J il monte dans la voiture (E1)</i>
b. Accompagnement de la MEOMIE	
Régularisation prenant le pas sur le reste	<i>Nous c'est la régularisation notre... c'est-à-dire que notre leitmotiv c'est ça ! Il faut que tu sois régularisé, il faut que tu puisses rester en France de manière légale, et bien souvent on leur dit « Ben c'est après ! Une fois que tu auras tout ça tu pourras te poser, tu pourras aller discuter », sauf qu'on a des jeunes qui sont en réelle souffrance et... le seul problème c'est qu'après on arrive à des... à des drames quoi ! (M2)</i>
Files actives très importantes avec délégation	<i>Parce qu'il y a eu plus de places de mise à l'abri, plus de structures de prise en charge, et du coup on a délégué en partie de... du boulot quoi ! C'est-à-dire qu'ils ont des éducateurs sur place qui peuvent être dans le quotidien, de jour comme de nuit, et les accompagner dans certaines démarches, alors que nous on est très souvent ici, même si on peut, on a la possibilité de les accompagner, on n'a pas autant de temps qu'un éducateur qui aurait cinq jeunes sur un appartement (M2)</i>
Repérage et orientation vers les soins	<i>Au premier entretien souvent moi je discute toujours avec eux. [...] Et du coup de là j'aborde aussi euh... leur... sur comment ils se sentent : est-ce qu'ils ont des problèmes de sommeil, est-ce qu'ils se sentent tristes. [...] Souvent moi je dis aussi « on n'est pas obligé de se lancer dans un suivi, ça peut juste être un rendez-vous, que la personne puisse se présenter, toi tu puisses savoir ce qu'elle fait, pourquoi il est là, juste euh... se connaître », parce que</i>

	<i>souvent ils savent pas forcément non plus ce que c'est un psychologue, donc euh... « simplement une rencontre et puis après si tu veux pas y retourner libre à toi, c'est pas grave ». Et puis après pour les jeunes qui acceptent, hé ben à ce moment-là on fait l'orientation. (M1)</i>
Intérêt de séparer l'évaluation de la minorité et l'accompagnement	<i>Parce qu'il nous manque cette évaluation, où même si c'est beaucoup mieux de pas la faire – parce que moi j'ai fait les deux, j'ai fait l'évaluation et l'accompagnement, à un moment donné c'est très compliqué – donc c'est très... c'est très confort pour nous ! Et même pour le jeune, parce qu'il n'y a pas eu ce rapport avant de conviction, il n'y a pas eu ce rapport de vérification (M3)</i>
Objectif d'un suivi psy dans la durée, mais en réalité souvent travail dans l'urgence	<i>D'arriver à faire à ce que ce soit moins euh... un travail d'urgence, et plus un travail d'accompagnement, enfin... on va dire répondre à des urgences et plus un travail d'accompagnement sur le long terme, avec un but. Là pour moi on encore tout à créer sur ce suivi.(M4)</i>
2) Liens entre travailleurs sociaux et MNA	
a. Liens entre les éducateurs du quotidien et les MNA	
Relation de confiance (proximité, temps informel)	<i>Ppuis en fait mes collègues elles ont été manger au kebab avec lui, elles ont discuté avec lui, elles ont pris le temps de le connaître... Nous on pensait que finalement on n'allait pas forcément travailler de choses avec ce jeune. Et en fait ce jeune il a intégré un autre service, et il a dit « ben non je veux retourner avec [nom de la structure], parce qu'en fait ça me faisait du bien d'être avec eux, parce je pouvais parler de tout avec eux », pourtant il parlait pas forcément de son parcours ou quoi que ce soit, il parlait un peu de son quotidien... Et en fait il nous disait, enfin il a dit à l'autre équipe que ça lui faisait du bien ! (E2)</i>
Confiance permet le travail de l'adhésion	<i>C'est le lien de confiance entre l'éducateur et le jeune qui va permettre de l'amener. [...] pour le premier jeune ça a été ça : « je pense qu'ils peuvent t'aider »... tout un travail de fait entre l'éducateur et le jeune, je pense qui lui a permis d'y aller (E5)</i>
Peur de rupture du lien en cas de soins contraints	<i>C'est un jeune avec qui on était vraiment en lien, mais du coup le fait d'aller aux urgences il a pris ça comme une trahison, et on savait pas comment travailler cette question du soin. (E2)</i>
b. Liens entre les travailleurs sociaux de la MEOMIE et les MNA	
Relation parasitée par la pression pour la régularisation	<i>Dans l'accompagnement qu'on a, on n'a pas le temps de se poser, c'est... c'est peut-être un peu brut ce que je vais dire, mais des fois on a pas le temps de leur demander s'ils vont bien ! Parce qu'on a des rendez-vous qui sont très chronométrés (M2)</i>
Clarification de la différence avec la préfecture	<i>Donc il y a aussi cette affiliation qu'il faut trouver, pour lui dire il faut que tu me fasses confiance, c'est pas parce que tu vas me livrer des choses aujourd'hui que pour autant je vais aller te dénoncer à un juge ou que je vais aller te dénoncer à la préfecture, c'est pas mon travail ! (M3)</i>
Pression des files actives ne permettant pas une attention égale à tous	<i>Et le problème dans nos services, c'est que quand un jeune ne vient plus depuis un bon moment, on a tendance à l'oublier, vu le nombre de jeunes qu'on a dans notre file active. Et on se dit les plus calmes, c'est ceux qui vont le mieux, mais en fait pas forcément ! (M2)</i>
Choix imposés	<i>Il sait aussi qu'à un moment donné à la MEOMIE on va... malheureusement on va imposer des choses parce que on peut pas faire comme on veut ! [...] Donc l'affiliation au début elle est pas forcément évidente ! (M3)</i>
Contacts avec la famille encouragés	<i>Au premier entretien souvent moi je discute toujours avec eux. [...] Et puis en fonction de leur famille, s'ils sont encore en contact avec, s'ils ont pu les prévenir qu'ils sont arrivés ou pas (M1) « As-tu pu l'appeler, as-tu pu la rassurer, as-tu des liens avec elle? » Des fois il y en a qui me disent "non non, déjà elle sait même pas que je suis en</i>

	<i>France". Je leur fais ça : "vas-y donne-moi le numéro ! Je vais l'appeler ta mère, pour lui dire que tu vas bien oh ! Qu'est-ce que tu fais ?"(M3)</i>
--	---

IV. Défis du travail pluridisciplinaire	
1) Relations interprofessionnelles	
a. Liens psychiatres-éducateurs : du point de vue des psychiatres	
Représentations différentes de la psychiatrie (l'hôpital comme un lieu de vie)	<i>Quand on nous dépose quelqu'un, et puis qu'on considère qu'il n'y a plus de lieu de vie, et qu'il ne peut pas sortir de l'hôpital [...] dans la tête de nos partenaires, ils imaginent que c'est pas possible que ça aille mieux ! C'est... c'est une représentation de la psychiatrie comme un lieu qui garde, et pas comme un lieu qui soigne. (P3)</i>
Problème de l'idéologie et du militantisme	<i>Il y a des techniques, comme nous on a des techniques, au niveau éducatif il y a des techniques. Donc si on remplace des techniques par de l'idéologie, on devient... on se transforme en violence institutionnelle P1</i>
Expériences positives	<i>Moi j'ai eu des éducateurs, ils étaient très bien. D'ailleurs ils ont... ils ont un lien particulier avec ces mineurs isolés. Et ça se passe souvent très bien. (P1)</i>
Prise de risque partagée qui facilite	<i>Voilà, il ose prendre des risques. Et, voilà. Et nous on prend nos risques, et lui il prend ses risques. Et on a besoin de ça en fait, d'avoir une institution qui prenne des risques ! [...] Donc euh, pour faciliter le lien, moi je pense c'est vraiment de trouver des institutions avec qui on travaille (P1)</i>
Nécessité de travailler en lien, mais parfois difficile	<i>Les liens sont difficiles, les personnes ne se déplacent pas... les équipes éducatives sont réduites... enfin bon, voilà, tous les arguments sont là pour dire que un travail de liaison qui sera indispensable, en plus particulièrement sur ces situations où il y a pas de famille, hé ben on n'arrive pas à le faire aisément, c'est vrai ! (P2)</i>
b. Liens psychiatres-éducateurs : du point de vue des éducateurs	
Soins pas adaptés	<i>Mais la psychiatre j'avais l'impression qu'elle n'a pas les problématiques migratoires [...] On donne un rdv, le médecin va donner en général c'est que des antidépresseurs, et après ça va nous glisser un p'tit « il faut qu'il évacue en faisant du sport ou... » C'est ça, c'est pas sérieux ! (E3)</i>
Mauvaise représentation des moyens de l'ASE	<i>L'autre difficulté qu'on a avec le soin, c'est qu'on... le soin préjuge de moyens que l'aide sociale à l'enfance aurait, enfin que la protection de l'enfance aurait, qui n'existent pas ! Par exemple, des jeunes qui sortent d'hospitalisation, où on me transmet une enveloppe cachetée pour le médecin de mon service. Y'a pas de médecin dans mon service ! (E1)</i>
Manque de transmission d'information, « secret médical »	<i>Imagine, le mec il m'oublie dans la salle d'attente, heureusement qu'il y avait une interprète afghane qui faisait le lien avec le psy, mais du coup je ne sais pas ce qui a été dit... (E3)</i>
Problème de langage	<i>J'en connais un [foyer] qui a un quart-temps de psychiatre. [...] Y'a quelqu'un qui peut signer, et qui peut écrire dans la bonne langue, enfin traduire en gros de la langue éducative ce que l'on fait en une autre langue qui est la langue du médical ou je ne sais pas quoi, et, et que ça ça porte ses fruits ! (E1)</i>
Regard négatif envers les éducateurs	<i>Donc voilà, c'est tout un tas de choses où on a l'impression que à la fois on prend pas au sérieux nos signaux d'alerte, que des fois vraiment on a l'impression que, qu'on pense qu'on veut droguer les jeunes, ou qu'on attend que quelqu'un les prenne et nous en débarrasse ou règle nos problèmes... comme s'il y avait une motivation néfaste pour le jeune derrière notre sollicitation. (E1)</i>

Besoin de collaboration car ne peuvent se substituer aux psys	<i>Certains ils sont vraiment dans une détresse où vraiment ils ont besoin de soins, dans le sens une personne qui s’y connaît vraiment en fait. Parce que nous on est... nous voilà, on connaît ce public, mais c’est vrai que des fois on n’a pas forcément la réponse... enfin, on peut pas prétendre à remplacer un psy (E2)</i>
c. Liens entre les psychiatres et les travailleurs sociaux de la MEOMIE	
Temporalités et attentes différentes	<i>On avait pas du tout je pense la même approche et la même vision de l’accompagnement, où euh... Moi de mon point de vue la priorité était le soin, et derrière effectivement il fallait qu’on trouve une structure adaptée, sauf qu’on est très vite bloqués parce que... on a très peu de structures qui pouvaient proposer la prise en charge que le jeune nécessitait d’un point de vue éducatif. Et en même temps du point de vue du médecin, d’une part il fallait que l’orientation aille plus vite, et puis par exemple ce qui a pu être reproché c’est qu’on ne soit pas assez présents auprès du jeune, et c’est des choses pour lesquelles nous on n’est pas en capacité de pouvoir venir toutes les semaines ou plusieurs fois par semaine pour voir le jeune. (M1)</i>
Psy : impression de déni de l’indication médicale	<i>C’est-à-dire qu’ils considéraient qu’ils faisaient une indication pour qu’il soit hospitalisé, et après quand nous on disait que l’indication n’était plus présente et qu’il fallait qu’il sorte, personne ne voulait venir le chercher ! [...] C’est un déni de la place médicale, de la fonction médicale, de l’indication, puisqu’une indication d’hospitalisation c’est médical. (P3)</i>
MEOMIE : n’ont pas les informations espérées	<i>Ils peuvent rien nous dire ! Je leur en veux pas, c’est le secret médical ! Mais des fois je leur dis [...] au moins lâchez nous des “Il peut vivre en collectivité, il peut pas vivre en collectivité, il est en danger, il est pas en danger... ?” (M3)</i>
Manque de communication rapportée des deux côtés	<i>Un travail de liaison qui sera indispensable, en plus particulièrement sur ces situations où il y a pas de famille, hé ben on n’arrive pas à le faire aisément, c’est vrai ! (P2) Et encore, on a de la chance que certains psychiatres acceptent de nous répondre ! Vous avez certains psychiatres qui disent “vous passerez par le référent PMI” [...] Non mais le référent PMI ça fait... moi pour vous dire, ça fait 2 ans que je bosse à la métropole, je l’ai jamais vu ! (M3)</i>
Problème du langage	<i>J’en ai eu un une fois qui me sortait des espèces d’expressions, mais alors très psy hein pour le coup, avec certainement énormément de concepts et de trucs, mais à un moment donné je lui ai dit “je comprends pas ce que vous me dites ! Je suis désolée, je comprends pas ! (M3)</i>
MEOMIE méprisés par médecins	<i>“En gros il va pas bien votre jeune”. Non mais je vous ai pas demandé de me parler d’un thésard ou un doctorat en psychiatrie clinique qui parle à une élève qui est en CM2 ! (M3)</i>
Impression de devoir sortir de son rôle pour compenser	<i>Alors en même temps, c’est une institution où ça leur arrive par vagues, par vagues, et ils sont des fois débordés ! [...] mais on peut pas se substituer parce que c’est... on peut pas fonctionner comme ça, on peut pas se substituer (P3) Alors des fois ils me confient beaucoup de choses à nous, mais c’est pas notre boulot en fait. Donc euh... on fait le plus d’orientation possible. On essaye, il y en a beaucoup on n’y arrive pas et pourtant on voit qu’il y a un souci... (M2)</i>
2) Vécu des professionnels	
a. Vécu des psychiatres	
Investissement massif	<i>il y a un fort désir de réparation des soignants, moi à mon avis, face à ces jeunes démunis qui suscitent beaucoup d’empathie, et si on n’y arrive pas ça peut se retourner et vite y avoir un risque... ben de position inverse, de rejet, d’agressivité, parce que ça renvoie à sa propre impuissance. [...] Et donc on est vite projectif sur l’extérieur, sur les équipes éducatives, la MEOMIE [...] Donc il faut vraiment, moi je trouve, travailler avec les équipes pour qu’ils puissent avoir un investissement</i>

	<i>peut-être plus modéré, enfin pas dans le sens de la qualité, mais de la distance. Et savoir faire avec l'impuissance. (P2)</i>
Vécu d'abandon par les travailleurs sociaux	<i>On les sent un peu abandonnés à l'hôpital, et [on est] abandonnés avec eux, dans leur exil, dans leur solitude, sans interlocuteur... (P2)</i>
Impuissance des travailleurs sociaux imposée	<i>Eux ils sont complètement impuissants, et ils nous mettent aussi dans l'impuissance, avec une sorte d'autoritarisme, à nous dire « non, vous n'avez pas le choix que de le garder » (P1)</i>
b. Vécu des éducateurs	
Impuissance	<i>On a de plus en plus de jeunes qui sont passés par la Libye qui ont de gros traumatismes dus au parcours d'exil, et c'est vrai que là-dessus on est un peu démunis aussi... (E4)</i>
Frustration des difficultés d'orientation	<i>J'ai fini par avoir la carte blanche de ma hiérarchie pour avoir même en libéral n'importe qui qui... donc j'ai écrit à tous les psychiatres libéraux de l'agglomération quasiment [...] Ce qui est super frustrant, c'est que on se prend une série de « non », mais en fait euh... on voit pas le oui ! (E1)</i>
Colère devant les discriminations	<i>C'est une grande source de frustration et de colère au quotidien, pour moi, les difficultés d'accès de ces publics-là aux soins, notamment. À tout un tas d'autres droits par ailleurs, mais aux soins en particulier (E1)</i>
Frustration du manque de moyens	<i>Ça c'est scandaleux, tu vois ma voix, ça a le don de m'énerver parce que sérieusement sur le terrain j'ai l'impression qu'il y a pas grand chose de fait. [...] Y'a plein de choses à faire ! Des choses à faire avec la nature, avec des animaux, avec eux... y'a plein plein de choses ! On n'a rien ! [...] y'a pas de moyens pour les migrants, c'est simple, c'est tout, y'a pas de moyens ! (E3)</i>
Méprisés par le corps médical	<i>C'est tout un tas de choses où on a l'impression que à la fois on prend pas au sérieux nos signaux d'alerte, que des fois vraiment on a l'impression qu'on pense qu'on veut droguer les jeunes, ou qu'on attend que quelqu'un les prenne et nous en débarrasse ou règle nos problèmes... comme s'il y avait une motivation néfaste pour le jeune derrière notre sollicitation (E1)</i>
Accompagnement éprouvant	<i>Moi déjà en tant que professionnelle, ce qu'il m'a dit... je me dis purée, le pauvre il m'explique que sa mère elle s'est faite violer tout ça, enfin pour moi c'était violent aussi tu vois ! Et euh... et du coup je m'étais dit là je fais la démarche avec lui, mais finalement je sais même pas dans quoi je m'embarque, je sais même pas ce que ça lui fait vivre (E2)</i>
c. Vécu des travailleurs sociaux de la MEOMIE	
Impuissance	<i>Pour les jeunes pour qui la santé mentale va pas permettre d'être scolarisés [...] et où du coup je pense aussi que c'est un peu un cercle vicieux où... on arrive pas à aller vers une scolarité, et en même temps ne pas avoir d'activité la journée, ne pas avoir de rythme je pense que c'est pas aidant pour eux non plus ! Et où du coup euh... ça va les amener vers... parfois soit complètement s'enfermer, soit aller un petit peu vers de l'errance et où on est de plus en plus loin d'une accroche éducative et d'une scolarité, et pour l'instant j'ai pas... (M1)</i>
Accompagnement éprouvant, et questionnements sur la position à avoir	<i>il y a des fois c'est quand même très très dur hein ! Il y a des gamins qui vous racontent les tortures qu'ils vivent ! Putain c'est... enfin à un moment donné vous sortez de vous, vous voyez ? Et vous vous dites il faut que j'arrive d'être professionnelle, parce qu'il faut que j'arrive... à accueillir la parole de ce gamin. Si je lui montre malgré tout que je suis déboîtée, il va peut-être pas avoir confiance pour aller plus loin, et en même temps je suis honnête, il faut que je lui montre que je suis touchée (M3)</i>
Sensibilité particulière à certains profils, risque d'empathie	<i>Sans le savoir, sans s'en rendre compte, on peut être aussi très à cran... se protéger aussi, donc faire une grande grande mise à distance, ou être carrément dans le... dans le transfert, être complètement dans le transfert ! Après je pense</i>

extrême ou au contraire de rejet	<i>qu'il faut aussi qu'on soit très clair avec nos difficultés. Le public... par exemple moi j'ai beaucoup de mal avec les filles, je sais très bien que ça...ça m'atteint trop ! [...] J'ai beaucoup beaucoup de mal à ne pas être dans l'extrême empathie (M2)</i>
Besoin d'espaces de supervision	<i>Ben après on rentre chez nous et puis... c'est hyper compliqué ! [...] Et tout ça on ne sait pas comment le recevoir ni comment le gérer ! (M2)</i>
Frustration d'un accompagnement par défaut	<i>C'est du temps qu'on aimerait avoir mais qu'on n'a pas. Dans l'accompagnement qu'on a, on n'a pas le temps de se poser, c'est... c'est peut-être un peu brut ce que je vais dire, mais des fois on a pas le temps de leur demander s'ils vont bien ! Parce qu'on a des rendez-vous qui sont très chronométrés, et que en 45 minutes on n'a pas le temps de tout savoir (M2)</i>
Frustration dans les difficultés à mettre en place des soins	<i>Parce qu'on est obligés aussi de se réduire à ça si vous voulez ! C'est ça qui est atroce ! C'est que du coup, notre travail, où on voudrait qu'il soit multifactoriel et qu'il y ait un étayage hyper cohérent entre "moi je vais faire ça, eux ils vont faire ça, eux ils vont faire ça", et du coup ça a un sens pour le gamin, j'en suis malgré tout réduite à "Y'a une urgence, il faut qu'il sorte de l'hôpital, ils veulent pas le garder, ça coûte cher, c'est un lit", je l'entends. Mais après faut trouver une place adaptée. En deux heures ? Okay les gars. (M3)</i>
Difficultés d'accompagnement de jeunes trop désinsérés	<i>Pour l'instant les jeunes avec de gros problèmes psy, ben on les envoie au mur en fait ! Enfin on les accompagne, on leur paie un hôtel, on va essayer une scolarité, mais on sait très bien qu'à la fin ça va... ça va chuter en fait (M4)</i>
Difficulté de la sortie sèche et peur des conséquences	<i>C'est extrêmement compliqué parce que du coup effectivement on met des jeunes à la rue pour qui c'est potentiellement dangereux pour eux mais aussi pour... pour les autres. (M4)</i>
Méprisés, vus comme des « collaborateurs »	<i>C'est pas moi qui demande ça, c'est la préfecture ! Désolée quoi ! Parce qu'en plus souvent, on est estampillé, genre "hein, mais vous collaborez!"(M3)</i>

V. Facteurs aidants et pistes d'amélioration	
1) Facteurs facilitateurs	
Relation de confiance entre le professionnel et le jeune	<i>Et ils sont prêts à tester si on a construit... si ils ont suffisamment confiance en nous pour que quand, même quand ils comprennent pas, voilà, ils vont y aller doucement, voilà, avec beaucoup d'étonnement, de précautions, mais si je leur dis « tente, tu vas voir, c'est cool », ben ils vont y aller (E1)</i>
Origine ethnique du professionnel / bénévole	<i>Bah pareil, dans... tu vois par exemple dans l'équipe il y a des jeunes on sent qui vont plus facilement aller vers ma collègue qui est d'origine [passage inaudible] C'est pas forcément vrai, mais je pense qu'il y a une facilité aussi au niveau des origines et tout ça tu vois. (E2)</i>
Centre Essor	<i>Et là ce que je trouve plutôt chouette, c'est qu'on a un partenariat avec le centre de santé Essor au niveau de la MEOMIE [...] ça fonctionne plutôt bien comme partenariat donc euh... c'est plutôt pas mal ! En tout cas pour nous c'est quand même un soutien d'avoir une structure où orienter assez facilement, et où on a des retours (M1)</i>
Recours à un interprète	<i>La présence d'un interprète ça aide beaucoup, parce qu'ils peuvent s'exprimer dans leur langue maternelle et euh... souvent quand même ils ont appris le français, et ils parlent bien, mais bien sûr c'est très récent... pour dire tout ce qu'ils ressentent c'est... c'est compliqué ! (P2)</i>
Liens avec la famille	<i>Et puis après par contre, moi j'insiste beaucoup pour avoir des liens avec la</i>

	<i>famille ! C'est-à-dire, il faut qu'on travaille avec le mineur isolé, certes il est là, mais nous il faut qu'on travaille aussi avec la famille. [...] Et je vois par exemple pour X ça a facilité beaucoup de choses (P1)</i>
Antécédents de collaboration	<i>C'est aussi ce tissage de liens qui se fait dans la durée ! Ils savent dans quoi on s'engage. [...] Ça a permis de créer le lien, parce que... quand on s'engage, ils savent qu'on peut s'engager ! (P1)</i>
Réseau de professionnels	<i>Je sais qu'il y a un psychiatre, je sais pas si t'avais été, Forum Réfugiés avait fait un colloque pour la demande d'asile... y'avait un psychiatre [...]. Et avec lui j'ai gardé, j'ai un très bon contact, des fois je l'appelle pour avoir 2-3 pistes. (E3)</i>
Liens avec les bénévoles, les hôteliers	<i>Il y a des hôteliers qui sont top ! [...] Ils sont un peu dans le quotidien des jeunes justement, et où ils discutent... en fait ils ont une manière d'approcher les jeunes qu'on n'a pas nous parce qu'on est travailleurs sociaux ! [...] Et souvent ils nous disent par exemple « tiens, ce jeune je trouve qu'il va pas bien en ce moment », et ça nous donne des pistes aussi (E2)</i>
IDE ou psychologue dans l'équipe	<i>Dans l'équipe il y a une infirmière en plus des éducateurs, elle travaille en lien direct avec les jeunes, donc c'est elle plutôt qui oriente... (E5)</i>
2) Pistes d'amélioration	
Développer les échanges inter-professionnels	<i>Qu'on arrive à échanger autour de ces prises en charge et de comment on peut se compléter sur l'accompagnement. Et puis du coup, je pense que si on arrive à faire ça, ça faciliterait après nos échanges sur des situations particulières, mais on sait qu'on a un contact dans tel établissement, et qu'on peut peut-être simplement parfois juste appeler, discuter de la situation, avoir un conseil, avoir un autre regard ! Sans même parfois solliciter un rendez-vous ou une hospitalisation, mais peut-être juste un appui et un conseil [...] ce serait déjà aidant [...] dans des situations où... où on sait pas en fait ! (M1)</i>
Partenariats avec pharmacies, cabinets IDE	<i>Il nous manque un réseau de partenaires assis et qui ne change pas. [...] Il nous faudrait un hôpital où on peut faire des orientations, il nous faudrait peut-être un CMP ou quelque chose pour faire des orientations, il nous faudrait une pharmacie spécifique, il nous faudrait euh... ben il nous faudrait vraiment le corps médical quoi ! (M2)</i>
Psychologue ou psychiatre au sein de l'équipe éducative	<i>Il faudrait vraiment qu'il y ait le retour des professions de soins dans nos établissements ! Parce qu'on voit très bien... il y a quelques établissements de placement qui ont... j'en connais un qui a un quart-temps de psychiatre... C'est pas grand-chose hein ! Mais n'empêche qu'il peut signer une orientation, voilà ! Et en fait, toutes les choses qui sont remontées par l'équipe, il est présent aux réunions d'équipe, il connaît ces professionnels-là, donc il a une autre écoute des signes qui remontent, et il y a un meilleur accès aux soins pour les jeunes de ces structures-là. (E1)</i>
Equipe mobile, visites au domicile	<i>On voudrait mettre en place une équipe mobile de pys [...] qui se déplacent dans les hôtels pour nos jeunes. [...] Il faut aussi faire le climat de confiance qu'il faut avec, mais on pensait justement que l'équipe mobile qu'on a nous dans notre équipe, le travailler au niveau psy. Et je pense que... enfin, ça pourrait être aussi une bonne idée. (E2)</i>
Dépistage plus systématique	<i>Donc moi voilà, je le verrais plus comme ça, je le verrais en 3 positionnements, je le verrais à l'arrivée, en milieu de parcours, et euh, et avant la préf' (M3)</i>
Recours aux médiations	<i>Travailler cet accès aux soins pour les jeunes de manière un petit peu plus détournée : psychoboxe, art thérapie et musicothérapie dans un premier temps (E5)</i>
Espaces de supervision	<i>Vraiment, nous on est censés avoir de l'analyse de la pratique professionnelle pour en parler auprès d'un psychologue, mais ça fait longtemps qu'on n'a pas eu ! [...] On a un rythme de travail où je vous assure qu'on n'a même pas le temps de</i>

	<i>consacrer une demi-journée pour ça, et on en aurait vraiment besoin ! (M2)</i>
Formations	<i>Pour certains collègues c'est déjà compliqué de comprendre quelle est la différence entre un psychologue et un psychiatre, savoir que voilà, on n'oriente pas n'importe comment n'importe où, quel est le schéma d'admission en hospitalisation, quelles sont les 3 formes d'hospitalisation qui existent, comment préparer une sortie d'hospit... et si on parle de soins en ambulatoire, qu'est-ce que ça veut dire ? Euh... le fait que les hôpitaux psy soient sectorisés... [...] Y'a rien qui est clair, y'a pas de formation ! (M2)</i>
Prévention en santé mentale et globale	<i>Faut oui, de la prévention aussi, ça c'est un autre enjeu ! Pendant que j'y pense, la prévention sur l'effet du cannabis ! (M4)</i>
Augmentation des moyens	<i>Nous aussi on est sous-équipé, sous nombreux, et sous tout plein de choses, et que l'on est deux champs, le soin psy et la protection de l'enfance, où on est clairement sous doté par rapport aux besoins réels de la population (E1)</i>

NOM : Sarah DUDOK DE WIT

TITRE : *Les Professionnels face à l'accompagnement en santé mentale des mineurs non accompagnés*

RESUME :

INTRODUCTION : Les mineurs non accompagnés (MNA) constituent un public particulièrement vulnérable sur le plan de la santé mentale, avec cependant une sous-utilisation des services de soins. Cette recherche explore les défis, facteurs facilitateurs et vécus des professionnels qui les accompagnent vers les soins psychiques. **METHODE :** Cette étude qualitative analyse 13 entretiens semi-dirigés réalisés en 2020, avec 9 travailleurs sociaux (5 des structures éducatives du quotidien et 4 de l'Aide Sociale à l'Enfance en charge des MNA) et 4 psychiatres de la métropole lyonnaise. **RESULTATS :** Notre étude retrouve des facteurs de stress et des réticences vis-à-vis des soins spécifiques aux MNA, associés à des difficultés d'orientation vers un suivi. L'instauration d'une relation de confiance avec le jeune et le repérage plus précoce semblent être des axes particulièrement importants pour la prise en charge, qui doit être adaptée à ce public. Les professionnels décrivent également un fréquent vécu d'impuissance, et parfois des difficultés à communiquer et à collaborer, avec des attentes différentes concernant la prise en charge. Tous s'accordent sur le besoin de mieux échanger et travailler ensemble. **CONCLUSION :** Devant les nombreux défis dans l'accompagnement des MNA vers les soins en santé mentale, il semble important de développer le repérage précoce et de faciliter l'orientation vers les soins, notamment en favorisant les liens entre les champs du sanitaire et du social pour une prise en charge globale et concertée.

MOTS CLES : mineurs non accompagnés, santé mentale, accès aux soins, vécu des professionnels, liens inter-professionnels, éducateurs

JURY

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel POULET
Membres : Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET
Monsieur le Professeur Yves ZERBIB
Madame le Docteur Halima ZEROUG-VIAL
Monsieur le Docteur Edouard LEAUNE

DATE DE SOUTENANCE : lundi 20 septembre 2021

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 177 Grande rue de la Guillotière (Lyon 7)
EMAIL : sarah.ddw@gmail.com