

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La perception des facteurs limitant et facilitant l'accès aux soins  
psychiatriques des Mineurs Non Accompagnés dans le Nord par leurs  
caregiver :  
Une étude qualitative en focus group**

Présentée et soutenue publiquement le 13/10/22 à 14h  
au Pôle Recherche  
**par Eva COSTE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François MEDJKANE**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME**

**Monsieur le Docteur Guillaume LECONTE**

**Directeur de thèse : Monsieur Docteur Guillaume LECONTE**



## **ABRÉVIATIONS**

AEM : Appui à l'Évaluation de la Minorité

AFEJI : Association des Flandres pour l'éducation, la formation des jeunes et l'insertion sociale et professionnelle

ALEFPA : Association Laïque pour l'Éducation, la Formation, la Prévention et l'Autonomie

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASRL : Association d'Action Sociale et Médico-Sociale des Hauts de France

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

CASF : Code d'Action Sociale et des Familles

DHIMNA : Dispositif d'Hébergement et d'Insertion des Mineurs Non Accompagnés

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EMA : service d'Évaluation et de Mise à l'Abri

EPDSAE : Établissement Public Départemental pour Soutenir, Accompagner, Éduquer

FADB : Famille d'Accueil Durable et Bénévole

GAP : Grandir-Avancer-Propulser

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-social

GME : Groupement Momentané d'Entreprises

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IPA : Analyse Interprétative Phénoménologique

MEF : Maison de l'Enfance et de la Famille

MNA : Mineur Non accompagné

MSF : Médecin Sans Frontière

NAD : Note d'Aide à la Décision

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMNA : Service d'Accueil des Mineurs Non Accompagnés

SDN : Sauvegarde du Nord

SDOMNA : Service Départemental d'Orientation des MNA

SPReNe : Ensemble pour l'Enfant, Société de Patronage de la Région du Nord

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

TRAJET : Trajectoire d'Accompagnement des Jeunes Étrangers

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

UE : Union Européenne

UNHCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

UNICEF : Fonds international de secours à l'enfance des Nations Unies

## Table des matières

RÉSUMÉ.....	9
INTRODUCTION.....	10
PARTIE 1 : PRÉAMBULE A L'ÉTUDE.....	11
I. Les Mineurs Non Accompagnés : définition juridique et typologique.....	11
1. Définition du statut de MNA.....	11
2. Cadre juridique.....	12
3. Typologie des MNA.....	13
II. Description démographique de la population migratoire et des MNA.....	15
1. Dans le monde et en Europe.....	15
2. Échelle nationale et départementale.....	17
III. Le parcours des MNA dans le Nord.....	18
1. Trajectoire d'Accompagnement des Jeunes Étrangers.....	19
2. Groupement Momentané d'Entreprises.....	21
3. Accueil, évaluation et mise à l'abri.....	22
4. Hébergement et offre d'accompagnement.....	23
5. Description démographique des MNA de TRAJET.....	25
IV. Facteurs de vulnérabilités et troubles psychiatriques des MNA.....	26
1. Facteurs de vulnérabilités.....	26
a. Des adolescents en développement.....	26
b. Des adolescents isolés en migration.....	27
c. Parcours migratoire.....	29
2. Spécificités des troubles psychiatriques des MNA.....	30

a. Épidémiologie.....	30
b. Des particularités cliniques.....	31
c. Des spécificités culturelles.....	31
3. Facteurs protecteurs et d'adaptation.....	33
V. Accès aux soins psychiatriques en France.....	34
1. Des adolescents en population générale.....	34
2. Des adolescents pris en charge à l'Aide Sociale à l'Enfance.....	36
3. Des MNA.....	38
VI. Rôle des caregivers auprès des MNA.....	41
1. Définition et rôle des accompagnants éducatifs auprès des MNA.....	41
2. Implication des accompagnants éducatifs dans la santé psychique des MNA.....	42
3. Rôle et fonctionnement des équipes au sein du GCSMS TRAJET.....	43
VII. Objectifs principaux de l'étude.....	44
PARTIE 2: MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	45
I. Choix de la méthode.....	45
II. Choix de la population étudiée.....	46
III. Recueil de données.....	46
IV. Description du protocole de l'étude.....	47
PARTIE 3 : RÉSULTATS.....	48
I. Caractéristiques de l'échantillon quantitatif.....	48
1. Focus group 1.....	49
2. Focus group 2.....	49
3. Focus group 3.....	49
4. Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon.....	50

II. Présentation des thèmes.....	51
1. Des limites dues aux difficultés de repérage.....	51
a. Un manque de formation des caregivers.....	51
b. Des difficultés à l'instauration du lien de confiance.....	51
2. Des limites dues aux barrières institutionnelles.....	53
a. Des démarches d'accès aux soins ambulatoires contraignantes.....	53
b. Frein des limites d'âges de prise en charge dans les CMP.....	54
c. Les limites de la sectorisation en regard de la mobilité des MNA.....	55
d. Inconstance du soin proposé et refus devant la complexité de la prise en charge.....	55
e. De longs délais d'attente dans les CMP.....	57
3. Des limites par les spécificités culturelles et langagières.....	57
a. Des difficultés dues à la différence de langues.....	57
b. Barrières liées aux spécificités culturelles.....	60
4. Un manque de dispositifs ambulatoires adaptés.....	64
a. Un retard d'accès aux soins psychiatriques.....	64
b. Une entrée dans les soins sur modalités de l'urgence.....	65
c. Alternance d'entrées et sorties d'hospitalisation.....	67
5. Des facteurs favorisant l'accès aux soins.....	69
a. Un repérage précoce systématique et coordonné des troubles à l'arrivée des MNA .....	69
b. La prise en compte des interactions individuelles et groupales des MNA dans le repérage.....	71
c. Une temporalité d'action lente et nécessaire à l'instauration de la confiance.....	74
d. Réactivité et flexibilité des dispositifs ambulatoires.....	76

e. Une coordination efficace entre soins et structure éducative.....	76
PARTIE 4 : DISCUSSION.....	78
I. Discussion.....	78
II. Forces, limites et perspectives de l'étude.....	86
CONCLUSION.....	87
BIBLIOGRAPHIE.....	89
ANNEXE 1: Guide d'entretien focus groupe.....	98
ANNEXE 2 : Note d'information.....	99
ANNEXE 3 : Questionnaire des intervenants du focus group.....	101
ANNEXE 4 : Formulaire de consentement.....	102



**RÉSUMÉ****AUTEUR : Nom : COSTE****Prénom : Eva****Date de soutenance : 13/10/22****Titre de la thèse : La perception des facteurs limitant et facilitant l'accès aux soins  
psychiatriques des Mineurs Non Accompagnés dans le Nord par leurs caregivers :****Une étude qualitative en focus group****Thèse - Médecine - Lille « Année 2022 »****Cadre de classement : *Psychiatrie*****DES + spécialité : *Psychiatrie adulte et Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*****Mots-clés : Accès aux soins, MNA, Mineurs Non Accompagnés, étude qualitative,  
psychiatrie transculturelle**

**Résumé :** En France, il existe une augmentation progressive du nombre de Mineurs Non Accompagnés. Ces adolescents en situation de migration présentent un ensemble de vulnérabilités favorisant la survenue de troubles psychiatriques tels que le TSPT ou encore les troubles internalisés. Cependant malgré leurs besoins élevés, les MNA ont peu recours aux soins psychiatriques, soulevant la question de leur accessibilité.

Cette thèse qualitative poursuit l'objectif d'étudier, à travers la perception des caregivers, les facteurs limitant et favorisant l'accès aux soins psychiatriques des MNA pris en charge au sein du département du Nord. Pour ceci, treize participants travaillant auprès des MNA ont été recrutés via le dispositif TRAJET, afin de constituer trois focus group. Les résultats ont été analysés en phénoménologie interprétative, avec l'aide du logiciel N'vivo.

Nous retrouvons cinq thèmes à l'analyse. Le repérage des signes de souffrances psychiques est limité par les difficultés d'instauration de la confiance mutuelle et le manque de formation des caregivers. Des barrières institutionnelles existent, comme la complexité des démarches de soins exigées, la sectorisation, les limites d'âges, les délais d'attente, et l'inconstance de réponses des CMP. Les différences langagières et culturelles sont ensuite pointées comme freins, puis l'absence de dispositif ambulatoire adapté, entraînant des retards d'accès aux soins, des prises en charge d'urgence, et la répétition des hospitalisations. Enfin, certains facteurs favorisant sont notés, comme le repérage précoce des troubles, l'observation des interactions, l'instauration de la confiance, la coordination des partenaires, la réactivité et la flexibilité des soins. Ces limites d'accès aux soins sont cumulatives, certaines sont partagées par les adolescents en population générale ou ceux pris en charge par la protection de l'enfance, mais d'autres sont bien spécifiques aux problématiques des MNA. Cette étude permet une réflexion concernant l'amélioration de l'offre de soins existant sur nos territoires afin de permettre aux MNA un accès aux soins plus égalitaire et adapté à leurs besoins.

**Composition du Jury :****Président : Pr François MEDJKANE****Assesseurs : Dr Charles-Edouard NOTREDAME et Dr Guillaume LECONTE****Directeur de thèse : Dr Guillaume LECONTE**

## INTRODUCTION

Chaque année, la France accueille une partie des populations issues des flux migratoires internationaux. Certains d'entre eux sont des mineurs entrés seul.e.s sur le territoire ou séparé.e.s de leurs parents à l'arrivée. Devant l'absence prouvée de représentants légaux sur le territoire, la loi française leur accorde une protection sous couvert de la minorité, les confiant à l'Aide Sociale à l'Enfance. Ils sont ainsi reconnus sous le statut de « Mineurs Non Accompagnés » (MNA), et seront accompagnés jusqu'à leur majorité par différents professionnels assurant un accompagnement éducatif global au sein d'une structure d'accueil. Ces professionnels en charge de missions diverses, assurent également auprès des MNA un rôle de guidance et de soutien affectif pour des jeunes séparés de leur famille. Marquant l'importance de leur position auprès des MNA, la littérature leur confère d'ailleurs le nom de « *caregiver* ».

Les MNA sont exposés de par leur isolement et leur jeune âge développemental, au vécu de traumatismes multiples tout au long de leur parcours migratoire. L'ensemble de ces facteurs les rend plus vulnérables et susceptibles de développer des troubles psychiatriques.

Cependant, la sous-représentation des MNA au sein des soins psychiatriques contrastant pourtant avec des besoins élevés, interroge leur accessibilité et leurs facteurs d'influence. De par leur proximité auprès des MNA, les *caregiver* sont des témoins quotidiens de ces difficultés. Leur rôle est essentiel, tant au travers du repérage des signes de souffrance psychique, que par l'accompagnement vers les soins psychiatriques.

C'est à la compréhension de ce questionnement et au travers du regard des *caregiver*, que s'attachera à répondre le travail de cette thèse.

Dans une première partie, nous définirons les éléments essentiels à la compréhension du sujet. Après des éléments de contextualisation juridique sur les MNA et une présentation socio-démographique, nous nous pencherons sur la spécificité des dispositifs d'accueil existant dans le Nord. Ensuite, nous aborderons à travers la littérature la question des vulnérabilités

psychiques rattachées aux MNA, ainsi que la notion d'accessibilité aux soins psychiatriques, avant de nous intéresser plus précisément au rôle des caregivers.

La seconde partie sera consacrée à l'étude qualitative dont l'objectif est, à travers la perception des caregivers, de mieux comprendre les facteurs limitant et favorisant l'accès aux soins psychiatriques des MNA au sein du département du Nord.

## **PARTIE 1 : PRÉAMBULE A L'ÉTUDE**

### **I. Les Mineurs Non Accompagnés : définition juridique et typologique**

A partir de 2010, on identifie en France une nette augmentation du nombre de « Mineurs Isolés Étrangers », appelés depuis 2016 « Mineurs Non Accompagnés ». Ce phénomène est difficile à quantifier, de par l'absence de données statistiques fiables, et sa complexité juridique, ceci ayant retardé la mise en place de réponses claires et coordonnées de la part des pouvoirs publics (1). Par ailleurs, la question des MNA se situe à la croisée des compétences de l'État et du Département, entre protection de l'enfance et droits des étrangers (2).

#### **1. Définition du statut de MNA**

La particularité des Mineurs Non Accompagnés s'articule autour de trois éléments principaux : minorité, isolement et extranéité (3). Anciennement connu sous le terme de « Mineur Isolé Étranger », le comité de suivi des MNA du 17 mars 2016, retient la dénomination de « Mineur Non Accompagné » utilisée encore aujourd'hui en France, mettant ainsi définitivement l'accent sur l'isolement du mineur, plutôt que sa qualité d'étranger (4). Il s'aligne également sur les directives européennes, pour qui le MNA est *“un mineur qui entre sur le territoire des États membres sans être accompagné d'un adulte qui est responsable de lui, de par le droit ou la pratique en vigueur dans l'État membre concerné, et tant qu'il n'est pas effectivement pris en charge par une telle personne ; cette expression couvre aussi le mineur qui a été laissé seul après être entré sur le territoire des États membres.”* (5). Dans le Code

d'Action Sociale et des Familles, la loi française de mars 2016 complète les notions initiées quelques années auparavant. Elle expose que « *tous mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille entrent dans le droit commun de la protection de l'enfance et relèvent donc à ce titre de la compétence des départements, sans condition de nationalité ou de régularité de séjour* » (4). Ainsi, tout mineur entrant sur le territoire, et ce, en l'absence de représentant légal, est censé relever de la protection de l'État jusqu'à sa majorité, au même titre que n'importe quel autre enfant français. Légalement, il ne pourra pas non plus être reconduit à la frontière. Les mineurs n'aspirent cependant pas tous à bénéficier de cette protection. Certains se rendent par exemple invisibles aux yeux des institutions, afin de poursuivre leur parcours vers d'autres pays frontaliers. Le travail des autorités et des partenaires associatifs vise à repérer et informer ces jeunes, de leurs droits et des procédures nécessaires à la reconnaissance de leur statut.

## **2. Cadre juridique**

Les recommandations actuelles concernant les jeunes se présentant comme MNA, s'articulent selon une coordination désormais nationale au sein de chaque département (6). Ainsi, après la déclaration de minorité par le/la jeune auprès des autorités, le président du Conseil Départemental informe le Procureur de la République et procède d'abord à une mise à l'abri et à l'accueil provisoire d'urgence du/de la jeune en question. Durant cette période, une évaluation de la minorité et de l'isolement va être menée, selon un référentiel national fixé par l'arrêté du 20 novembre 2019 du CASF (article R 221-11), afin d'assurer une égalité de traitement des évaluations selon les territoires (7). Elle s'appuie sur un entretien d'évaluation sociale, qui conduira à la production d'un rapport détaillé : la note d'aide à la décision. Viennent ensuite l'étude des documents d'identité du déclarant et enfin, la collecte d'informations concernant le/la jeune via le dispositif d'appui à l'évaluation de la minorité. Suite à cette enquête, si la minorité et l'isolement sont reconnus par le conseil départemental, le Procureur

de la République est saisi et le.la MNA est confié.e à l'Aide Sociale à l'Enfance qui le prendra en charge au moins jusqu'à sa majorité. L'orientation du département d'accueil sera définie par la cellule de répartition géographique établie depuis 2019, afin d'assurer une meilleure égalité entre les territoires. Un recours à la décision est possible, ainsi que la demande de protection par le Juge des enfants dans l'éventualité où la minorité ne serait pas reconnue.

### **3. Typologie des MNA**

Sous la terminologie de « MNA », désormais largement répandue, se cache une multiplicité de profils. Elle rassemble des jeunes aux origines géographiques variés, aux motivations de départs et aux trajectoires migratoires très singulières. « *Migrer constitue toujours un acte complexe* » dit Marie-Rose Moro, « *qui correspond à toute une série de motivations conscientes et inconscientes, qui interfèrent, en proportion variable selon chaque individu, et rendent chaque histoire unique* ». Émilie Duvivier décrit dans sa thèse de sociologie, l'importance de considérer l'aspect multidimensionnel des raisons de départ. Elle insiste sur l'intersection et la conjonction de différentes logiques relatives à tout parcours migratoire, touchant ainsi des champs économiques, géopolitiques, ou propres à l'individu lui-même, incluant la famille ou le groupe social auquel il appartient (2). La fuite de conflits armés ou de persécutions diverses, de conditions environnementales ou météorologiques, de difficultés sanitaires et médicales, l'espoir d'une ascension sociale à travers des études ou un emploi meilleur, l'aspiration à la réunification familiale, etc. sont autant de possibles facteurs de répulsion et d'attraction participant au désir de migration. Au-delà de l'influence de ces éléments externes, E. Duvivier invite à considérer derrière le.la jeune MNA, le rôle déterminant de son cercle intime et socio-familial au sein de la construction du projet de migration. Aussi, à l'instar d'envisager toujours la migration comme « *un mode de survie*, « *de désespoir* » et « *de fuite* », elle en soulève les aspirations volontaires et positives « *comme condition de*

*reconnaissance et recherche d'individualité", partir, "comme une forme de résistance pour pouvoir vivre et être reconnu" (2).*

Classiquement, on illustre cette pluralité des raisons de départ et de trajectoires migratoires par la typologie des travaux d'Angelina Etienne, de 2002 et 2013 (8). Elle y décrit la prévalence de certains profils, qui ne sont cependant pas à considérer comme exhaustifs, chaque MNA pouvant correspondre à plusieurs profils (9). A. Etienne note donc la prédominance de sept profils détaillés ci-dessous.

- Les "exilés" quittent leurs régions suite à des conflits armés, ethniques, des répressions ou des violences politiques.
- Les "mandatés" sont envoyés par leur famille afin de travailler, d'envoyer de l'argent à la communauté, de poursuivre des études ou apprendre un métier.
- Les "exploités" sont l'objet de trafics d'êtres humains, de drogues, de la prostitution, de l'esclavage domestique, des ateliers clandestins...
- Les "fugueurs" sont en fuite de leur domicile habituel, souvent suite à un conflit familial ou des situations de maltraitance, y compris institutionnel.
- Les mineurs "errants" vivent déjà des situations d'errance, d'exclusion sociale et familiale au sein de leur pays d'origine.
- Les "rejoignants" sont envoyés rejoindre un membre, plus ou moins éloigné de leur famille installé en Europe, et qui du fait de conditions d'accueil et/ou des hasards de leur parcours, se trouvent isolés et en danger.
- Les "aspirants" qui, à travers une quête personnelle, cherchent à s'émanciper de leur pays natal et s'accomplir ailleurs à travers la migration, et en tant qu'individu notamment par l'investissement d'études ou d'un métier .

De même, les parcours migratoires sont très divers. Les MNA arrivent sur le territoire par voie terrestre, aérienne, ou maritime, de façon plus ou moins construite et sur une durée variant de quelques heures à plusieurs années. Seuls ou en groupe, dans des conditions souvent

précaires, sur un trajet direct ou entrecoupé d'étapes plus ou moins longues, ils sont fréquemment confrontés aux réseaux de passages frontaliers illégaux. Le coût nécessaire aux franchissements des frontières incite parfois les jeunes à se mettre en danger dans des réseaux ou via des actes auto-avilissants. Mais quelques soient leurs parcours, leur(s) motivation(s) de départ, et leurs origines, ces jeunes partagent certaines problématiques (9) : celles d'expérimenter seuls des ruptures et des bouleversements majeurs, jusqu'à la quête d'une réinstallation dans un milieu socio-culturel inconnu, à une période développementale adolescente déterminante, notamment dans leur construction identitaire.

Si les politiques tentent d'obtenir une meilleure cohésion nationale, l'offre d'accueil et d'accompagnement proposée à ces jeunes, varie aussi selon les territoires. Nous présenterons ensuite les acteurs de mise à l'abri, d'évaluation et d'accompagnement éducatif des MNA, dans le département du Nord.

## **II. Description démographique de la population migratoire et des MNA**

### **1. Dans le monde et en Europe**

Le nombre de migrants internationaux, c'est à dire tout individu qui ne vit pas dans son pays de naissance, ne cesse d'augmenter. En 2020, il s'élevait à 281 millions de personnes, dont 36 millions d'enfants (10). Dans son rapport de 2020, l'UNHCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés) estime à 82,4 millions, « *le nombre mondial de personnes déplacées de force, à la suite de persécutions, de conflits, de violences, de violations des droits de l'homme ou d'événements portant gravement atteinte à l'ordre public* ». Cette population inclue les réfugiés, les demandeurs d'asiles et les personnes déplacées de force à l'étranger ou au sein de leur propre pays. Ce chiffre a plus que doublé en l'espace de dix ans, et les enfants représentent aujourd'hui 42 % de cette population (11). L'UNICEF a alerté en 2017 sur le niveau record du nombre mondial d'enfants réfugiés et migrants se déplaçant seuls dans le

monde. Celui-ci aurait quintuplé depuis 2010. Ils étaient 300 000 enfants non accompagnés enregistrés entre 2015 et 2016, contre 66 000 entre 2010 et 2011 (12).

Sur l'ensemble de l'année 2020, 3,1 millions de personnes ont immigré dans l'un des 27 États membres de l'Union Européenne. Parmi elles, 1,2 millions provenaient d'un autre État membre et 1,9 millions de pays tiers (13). En 2021, l'Union Européenne accueillait environ 10 % de la population réfugiée mondiale et enregistrait 630 500 primo-demandeurs d'asile (14). En 2015, l'Union européenne a enregistré un pic massif d'environ 92 000 arrivées de demandeurs d'asile MNA sur le territoire. Selon les données d'Eurostat, la courbe s'était depuis infléchi (15). En 2021, plus de 23 000 MNA ont obtenu un statut de protection de la part d'un État membre de l'Union européenne (16). A la lumière du contexte politique récent, les Afghans représentaient en 2021 53 % du nombre total de MNA demandant l'asile dans l'UE, suivis par les Syriens (16 %) et les Bangladais (6 %). La majorité de ces jeunes étaient des hommes et avaient entre 16 et 17 ans (16). L'Autriche comptait 24 % de tous les demandeurs d'asile considérés comme des MNA dans l'UE. Elle était suivie par l'Allemagne, la Bulgarie (chacune 14%), la Grèce (10%), la Belgique et la Roumanie (chacune 8%) (16). La France quant à elle en rassemblait 3,8 %, soit 880 MNA demandeurs d'asile (17). Cependant, l'agence statistique européenne Eurostat ne propose que des données sur les MNA demandeurs d'asile dans l'Union européenne (18). Ce panorama statistique à l'échelle européenne ne couvre donc pas l'ensemble des situations de MNA dans l'UE. Ce peut être le cas dans certains pays, où la prise en charge de tous les MNA s'inscrit dans le cadre du système d'asile national, mais pas dans d'autres pays comme la France, où il peut y avoir d'importants écarts. Par exemple sur l'année 2021, seuls 880 des 11 315 nouveaux MNA sous la protection de l'enfance, ont fait une demande d'asile.

Cependant, en raison de la guerre qui oppose actuellement la Russie à l'Ukraine depuis début 2022, l'Europe connaîtra inévitablement un nouveau bouleversement de ses flux migratoires. L'UNHCR fait actuellement état de 7,15 millions de réfugiés ukrainiens recensés à travers l'Europe le 7/09/22 (19). L'UNICEF alertait dès le mois de mars sur la sur-représentation



des enfants dans ce groupe, et notamment sur les risques encourus par les enfants non accompagnés (20). Au moment de l'écriture de cette thèse nous ne disposons pas encore des rapports récents illustrant l'ampleur de cette problématique.

## **2. Échelle nationale et départementale**

Selon le rapport de l'Assemblée des Départements de France de juin 2021 (21), le nombre de jeunes reconnus MNA et pris en charge par les services de l'ASE, a considérablement augmenté depuis 2015, jusqu'à tripler entre 2016 et 2018. Ils étaient 264 pris en charge par l'ASE en 1999, un peu plus d'un millier en 2001, puis 10 194 fin 2015, et jusqu'à 41 000 en 2018, bien qu'on note ensuite une diminution à 31 000 en 2019. En contexte de pandémie mondiale, ils étaient 23 461 pris en charge en 2020. Des associations ont d'ailleurs fait remonter l'influence de la crise sanitaire sur le traitement des demandes de reconnaissances de minorité. Des ralentissements des processus d'évaluation, de mises à l'abri et de recours étaient constatés (22). Les MNA représentent désormais au total, 15 à 20% des mineurs pris en charge par l'ASE (21). Le rapport de la Mission MNA de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse en 2020 (23), montre une répartition par genre environ 95 % masculine. La tranche d'âge des 15/18 ans prédomine, les moins de 15 ans représentant environ 5 % des MNA à leur prise en charge par l'ASE (23). Les jeunes sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne. En 2019 et 2020, les pays les plus représentés sont la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Mali. Dans les Hauts-de-France, les jeunes reconnus MNA sur l'année 2021 venaient de Guinée (14%), d'Afghanistan (14%), du Pakistan (9%), du Bangladesh (9%) et d'Algérie (9%) (24).

Les départements doivent ainsi faire face depuis plusieurs années à un à nombre important de prise en charge des MNA par l'ASE (21). Le département du Nord détient depuis plusieurs années le pourcentage théorique le plus élevé de MNA, relatif à la clé de répartition des MNA sur le territoire français. En 2019 c'est 4,53% des MNA qui y sont pris en charge (25),

et 4,02% en 2020 (26) et 2021 (27). Selon les chiffres publiés par le Ministère de la Justice, 16 760 jeunes étaient nouvellement reconnus MNA en France sur l'année 2019, et 723 d'entre eux étaient confiés au Département du Nord (25).

L'année 2020, marquée par les restrictions de déplacements et la fermeture des frontières dans le cadre de la crise sanitaire due à la COVID-19, a enregistré pour la première fois une diminution de 43 % du nombre de MNA sollicitant une protection en France par rapport aux flux de 2019 (23). Ce sont 9 524 nouveaux MNA qui étaient ainsi pris en charge par l'ASE en 2020 en France (26). Si le flux a ralenti, les chiffres de 2021 montrent à nouveau une hausse, avec 11 315 personnes reconnues MNA, dont 450 étaient confiés au Département du Nord (27), se plaçant ainsi en seconde position derrière l'Île de France, qui se voit confiée en 2021, 556 nouveaux MNA. Ces chiffres ne représentent cependant qu'une partie de la situation. Le nombre de MNA sur le territoire est ainsi difficilement estimable et probablement très sous-évalué. Il est par exemple difficile d'estimer précisément le nombre des jeunes qui se revendiquent MNA et qui sollicitent une protection par l'État français (28). Selon la commission des affaires sociales et la commission des lois (28), 55 % des demandes de reconnaissance du statut MNA n'aboutiraient pas, laissant un certain nombre de jeunes dans des situations de précarité, d'isolement et d'errance, durant les procédures d'appels à ces décisions.

### **III. Le parcours des MNA dans le Nord**

Le Département du Nord est engagé dans la mise à l'abri, l'évaluation de la minorité, et la prise en charge des MNA via deux acteurs principaux: Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale (GCSMS) Trajectoire d'Accompagnement des Jeunes Étrangers (TRAJET) et le Groupement Momentané d'Entreprises (GME). Leurs missions sont multiples et s'appuient sur la mutualisation de différents outils, dans des champs tels que : l'évaluation des situations, la protection de l'enfance, l'accompagnement éducatif, l'insertion socio-professionnelle, l'hébergement d'urgence et la mise à l'abri, le droit d'asile et des étrangers,

l'accès aux soins, aux loisirs, à la culture. Ces actions s'articulent également à l'approche de la majorité, autour de la préparation et l'orientation future, vers les dispositifs de droit commun. L'accompagnement des MNA notamment autour de la régularisation est envisagé selon leur situation : demande d'asile, titre de séjour ou naturalisation (si ils sont pris en charge depuis au moins 3 ans). Le Département assure par sa coordination, une fluidité des orientations et des prises en charge sur l'ensemble du territoire.

## **1. Trajectoire d'Accompagnement des Jeunes Étrangers**

Le GCSMS TRAJET, voit le jour en 2016, dans un contexte où les flux migratoires, et plus particulièrement des MNA, se font de plus en plus croissants dans le Nord. Il s'agit d'une réponse du Département face à cette nécessité de prise en charge des MNA, de par la constitution d'un dispositif spécialisé. Dans ce cadre, trois acteurs reconnus du département en matière de droit des étrangers et parcours d'insertion socio-professionnelle, s'associent, afin de suivre cet objectif commun. TRAJET va initialement réunir l'AFEJI (Association des Flandres pour l'éducation, la formation des jeunes et l'insertion sociale et professionnelle) et Ensemble pour l'enfant - Association SPReNe, ainsi que l'EPDSAE (Établissement Public Départemental pour Soutenir, Accompagner, Éduquer). Puis en 2018, deux autres partenaires associatifs que sont la Sauvegarde du Nord et le Groupement des Associations Partenaires, qui renforceront le dispositif.

Le GCSMS TRAJET offre dans le département du Nord une variabilité de structures d'hébergement dont les capacités d'accueil se sont amplifiées et ont évolué, à l'image des besoins et des aménagements nécessaires. TRAJET présente aussi la particularité d'être le seul dispositif en charge de l'évaluation de l'isolement et de la minorité des jeunes dans le Nord. Le dispositif compte 538 places d'hébergement, avec :

- 420 places en « diffus autonomie » et « regroupé semi-autonomie », il s'agit d'appartements rattachés à un bureau éducatif de référence.

- 29 places en « autonomie encadrée », visant les jeunes âgés de 16 à 18 ans, qui sont dans une démarche d'insertion socio-professionnelle et d'autonomisation, à l'approche de la majorité.
- 44 places en « collectif » à Cassel, préférentiellement pour les jeunes adolescents, et qui rassemble plusieurs chambres et parties communes au sein d'une même structure.
- 11 places en « préparation à l'autonomie », visant les jeunes sortant de l'Évaluation et Mise à l'Abri (EMA), avant de les orienter sur un hébergement plus autonome.
- 12 places en « lieux de vie », regroupant les jeunes en situations de grandes vulnérabilités et instabilité émotionnelle, dans le but de fournir un accueil protégé et temporaire.
- 10 places en « accompagnement renforcé » à Vanhove, proposant dans un cadre géographique éloigné, un accueil aux jeunes engagés dans des parcours complexes.
- Des places en Famille d'Accueil Durable et Bénévole
- 30 places de Mise à l'abri
- 230 suivis jeunes majeurs

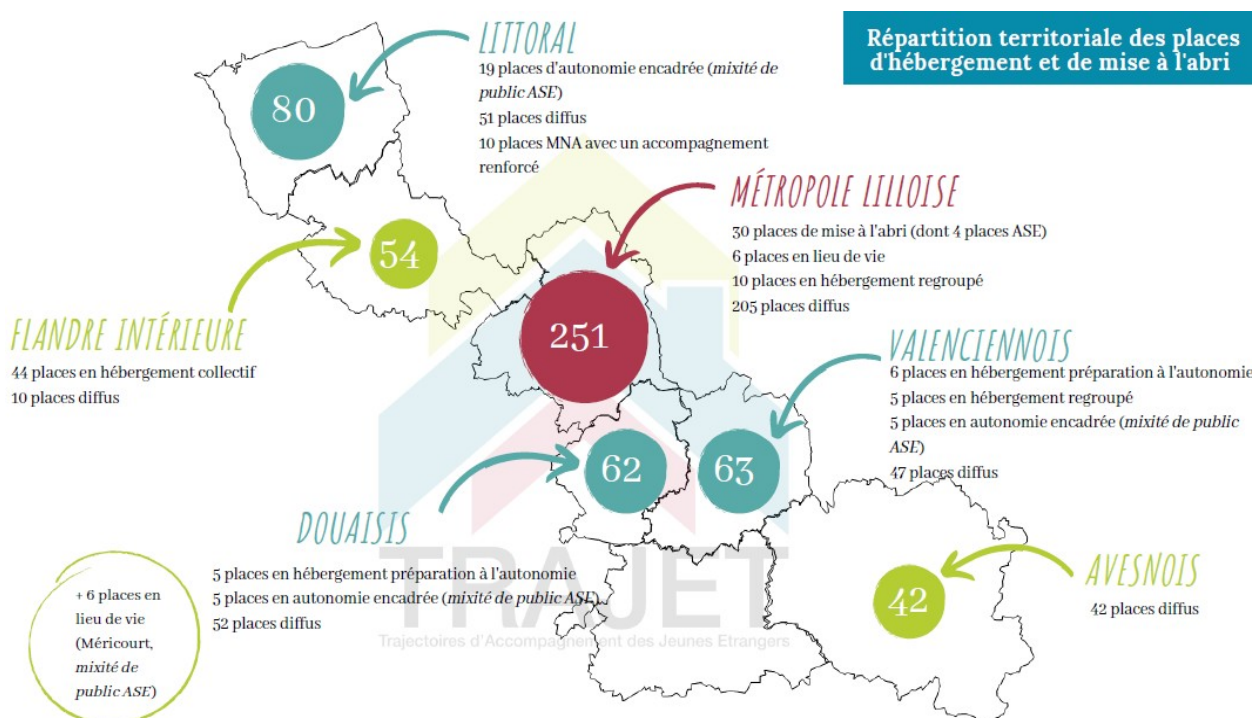


Figure 1 : Répartition territoriale des places d'hébergement et de mise à l'abri de TRAJET pour les MNA dans le Nord.

Source : Présentation du GCSMS TRAJET 2021

## 2. Groupement Momentané d'Entreprises

De la même manière, le GME naît en 2018 et vise à faciliter la gestion du dispositif d'hébergement des MNA et à améliorer leur accompagnement. Il est composé de trois associations : ALEFPA (Association Laïque pour l'Éducation, la Formation, la Prévention et l'Autonomie), Temps de Vie, et ASRL (Association d'Action Sociale et Médico-Sociale des Hauts de France).

En 2022, il existe une capacité de 510 hébergements diversifiés sur l'ensemble du département du Nord rassemblant :

- 92 places d'hébergement en collectif réparties sur 5 sites
- 304 places d'hébergement pour mineurs en appartement, dont 8 filles
- 64 places d'hébergement pour majeurs en appartement
- Sur les places d'hébergement, 10 places sont dédiées à un accompagnement renforcé pour jeunes en situations complexes
- 50 places d'urgence de mise à l'abri en collectif
- 111 suivis de jeunes majeurs sortis des hébergements

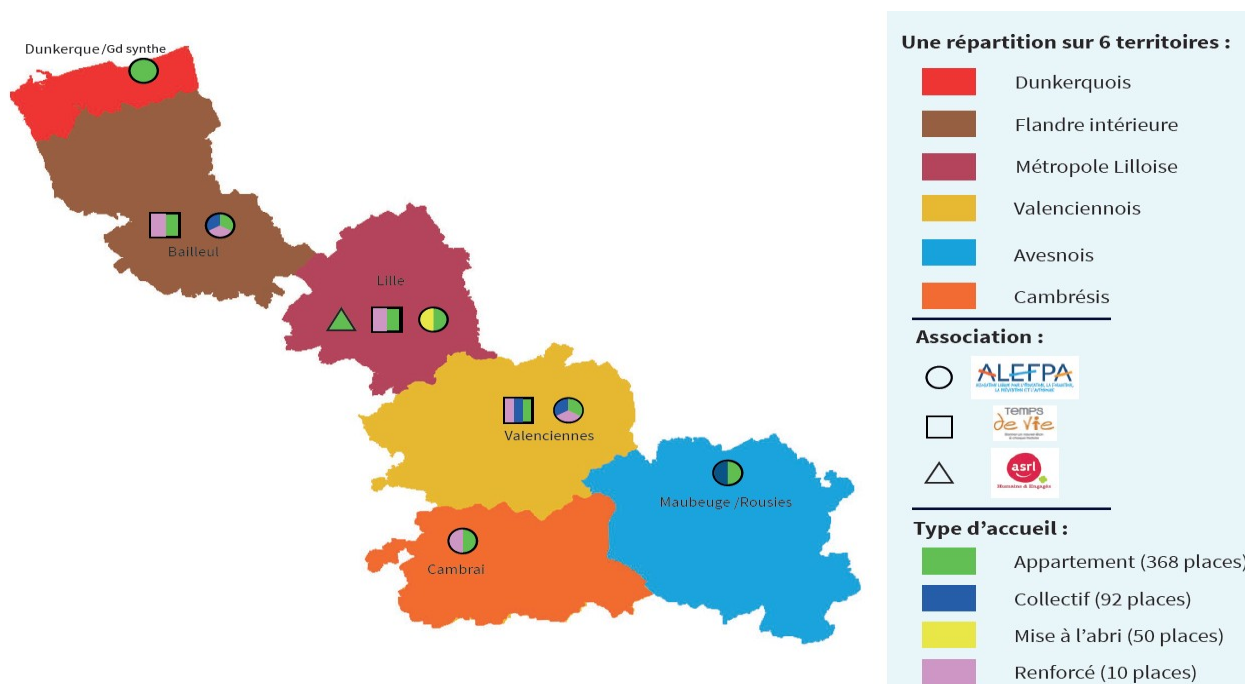


Figure 2 : Répartition territoriale des places d'hébergement et de mise à l'abri du GME pour les MNA dans le Nord.  
Source : Plaquette GME janvier 2022

### **3. Accueil, évaluation et mise à l'abri**

L'entrée dans le dispositif commence par la procédure EMA, basée à la Préfecture de Lille. Le.la jeune peut s'y présenter spontanément, ou bien être orienté.e par les services de police, ou une association. A travers ce parcours, il s'agira pour les services, de mener une évaluation de la minorité et de l'isolement du.de la jeune. Un premier entretien d'accueil est alors organisé, afin que la procédure d'évaluation et ses droits lui soient exposés. En parallèle, un signalement est effectué auprès du Service Départemental d'Orientation des MNA (SDOMNA), sollicitant ainsi :

- une demande d'hébergement en mise à l'abri dans le cadre de l'accueil provisoire,
- une demande d'autorisation de soins,
- le recueil des premiers éléments de connaissance de la situation individuelle qui peut déclencher des investigations immédiates.

Le service EMA organise ensuite la mise à l'abri à l'issue de cet accueil en Préfecture. Il s'agira d'offrir au.à la jeune, un hébergement d'urgence durant le temps que prendra l'évaluation de son statut.

Le premier temps d'entretien et de recueil d'informations du.de la jeune, est réalisé par EMA et l'agent préfectoral, via l'aide du fichier d'Appui à l'Évaluation de la Minorité (AEM). Ce fichier consiste à collecter les empreintes et photographies du.de la jeune, et vérifier ses documents d'identité. Les autorités préfectorales croisent ensuite les informations biométriques obtenues avec les bases de données relatives aux personnes étrangères. Si au vu du premier croisement de données, le.la jeune est considéré.e majeur.e, la préfecture peut alors prendre un arrêté d'éloignement, éventuellement assorti d'un placement en rétention. Sinon, il y aura un second entretien d'évaluation programmé dans les jours suivants.

Le deuxième entretien est réalisé par EMA à la Maison de l'Enfance et de la Famille de l'EPDSAE de Lille. Il consiste en une évaluation sociale de la minorité et de l'isolement de la personne se déclarant mineure au cours d'un entretien en présence de deux évaluateurs, ainsi

qu'un interprète si besoin. Plusieurs dimensions sont alors abordées : l'identité, la famille, le mode de vie, le parcours scolaire, les motifs de départ, les objectifs de vie en France et le parcours migratoire. Il y a une attention portée à l'état de santé physique et psychologique de la personne, ainsi qu'au repérage des traumatismes et situations de traite des êtres humains, permettant d'émettre des préconisations au vu de la poursuite de son accompagnement. A l'issue de cet entretien, une Note d'Aide à la Décision (NAD) est alors transmise au Département du Nord qui rend alors sa décision quelques jours plus tard, quant à la minorité et l'isolement du.de la jeune. La décision est transmise au Parquet, selon les indices et informations collectées pendant l'évaluation. Si le.la jeune est reconnu.e MNA, il.elle sera dirigé.e sur un site d'hébergement pérenne du Nord, ou au sein d'un autre département français selon les recommandations de répartition nationale. S'il.elle n'est pas reconnu.e MNA, il.elle recevra une fin d'Accueil Provisoire, sera informé de ses droits de recours de la décision du Département ainsi que des dispositifs destinés aux majeurs. Il.elle sortira ainsi du dispositif de mise à l'abri soit dans la journée soit le lendemain, et sera orienté.e vers des associations pour une aide selon leurs possibilités.

#### **4. Hébergement et offre d'accompagnement**

Si le.la jeune est reconnu.e MNA, il.elle va être orienté.e vers un site d'hébergement et un accompagnement durable de la part des équipes de TRAJET ou du GME (ou orienté.e vers un autre département français suivant la décision de péréquation nationale). L'âge, les profils et le degré d'autonomie des jeunes étant très variables, ils nécessitent l'accès à des modalités d'hébergement diversifiées, et adaptées à leurs besoins. Le premier temps d'accueil durant l'EMA, aura donné accès à une première idée des habiletés du jeune quant à la gestion de son quotidien. Le Département indique ensuite l'accès à un type d'hébergement sur le territoire, en fonction des disponibilités. Une fois le.la jeune installé.e, il bénéficiera d'un accompagnement personnalisé et adapté à son individualité, jusqu'à sa majorité. Cet accompagnement se veut

global et vise à permettre l'accomplissement du.de la jeune dans tous les champs de sa vie : la gestion du quotidien, l'accès à la santé, à l'éducation, à l'orientation et l'insertion professionnelle, à la vie sociale et familiale, à la culture et aux loisirs, aux démarches administratives et à la citoyenneté. L'accompagnement se fait dans une démarche d'autonomisation, afin que la sortie du dispositif à la majorité soit préparée progressivement. Le passage d'un type d'hébergement à l'autre est possible, mais tout en favorisant les attaches au sein du territoire où l'ancrage a débuté. TRAJET et le GME disposent bien sur chacun de leurs particularités en terme d'offre d'hébergements, mais il existe des similitudes. On retrouve principalement les fonctionnements dits « collectifs » où les jeunes vivent en collectivité avec l'appui quotidien d'équipes de travailleurs sociaux. Il s'agit généralement de jeunes qui nécessitent un encadrement encore soutenu. Le fonctionnement en appartements, rattachés à des bureaux éducatifs, visent les jeunes qui sont plus autonomes. Chaque site d'hébergement est géré par une équipe pluridisciplinaire. Interviennent auprès des jeunes selon les moyens des structures : éducateurs spécialisés, moniteurs éducateur, assistants sociaux, psychologues, conseillers d'insertion professionnelle, IDE, éducateurs sportifs, chefs d'équipe et coordinateurs. L'accompagnement se veut ainsi pluriel et adapté à l'individualité du.de la jeune, tendant à respecter son parcours de vie et ses aspirations futures.

L'arrivée dans les dispositifs est aussi l'occasion d'effectuer un bilan de santé global, tant physique que psychique. Des partenariats locaux sont parfois établis avec des médecins généralistes et des services de prévention santé, sur certains secteurs du territoire. Les équipes éducatives et les psychologues des structures de par leur contact quotidien auprès des jeunes, vont participer au repérage de potentiels signes de souffrances psychiques. Selon les structures, une rencontre avec le.la psychologue peut être proposée à l'arrivée aux jeunes, de façon plus ou moins formelle. Cela peut déboucher sur une première évaluation des besoins psychiques et un éventuel travail d'accompagnement auprès des jeunes, ou de tentatives de lien auprès des partenaires de soins extérieurs. Les pratiques sont variables, selon les



possibilités et habitudes des structures. TRAJET et GME disposent également chacun d'une équipe d'appui psychologiques aux situations complexes. Il s'agit de psychologues et d'un éducateur spécialisé (pour TRAJET) ou un juriste (pour GME), mobiles entre les structures, qui peuvent intervenir en soutien aux équipes initiales, à la demande des professionnels des structures.

## **5. Description démographique des MNA de TRAJET**

Selon le rapport d'activité de TRAJET, il y a eu 678 mises à l'abri en 2021, dont 632 garçons et 46 filles, âgés de 16 ans en moyenne et originaires de 27 nationalités différentes. Leur durée moyenne de séjour était de 23 jours et la composition du public évoluait selon les problématiques géopolitiques actuelles. Concernant l'évaluation de la minorité et de l'isolement, TRAJET a enregistré 1586 entretiens menés par les professionnels du service en 2021, et transmis 902 Note d'Aide à la Décision au département. Le taux de reconnaissance de la minorité s'élevait à 37,8 %. A titre de comparaison en 2020, année marquée par la pandémie et le ralentissement des procédures, 402 personnes ont bénéficié d'une mise à l'abri. Plus de 20 % d'entre eux étaient originaires de Guinée, 9 à 10 % venaient de l'Algérie et du Bangladesh, 7 à 8 % d'Irak et d'Afghanistan pour les pays majoritaires. Cette année là, 450 entretiens ont été réalisés par le service et 201 NAD transmises.

Sur l'ensemble des différents hébergements, 761 MNA âgés de 16 ans et 8 mois en moyenne, étaient accueillis, pour une durée moyenne de 131 jours. La file active de TRAJET comptabilisait également 280 jeunes majeurs, pour une durée moyenne d'accompagnement de 15 mois. Ils suivaient pour 92 % d'entre eux une formation ou une scolarisation et 48 % des majeurs sortants avaient un logement. En 2020, 801 mineurs ont été accueillis en phase d'hébergement.

#### **IV. Facteurs de vulnérabilités et troubles psychiatriques des MNA**

##### **1. Facteurs de vulnérabilités**

La difficile évaluation de l'âge confère ou non au jeune migrant.e, l'appartenance à un statut juridique déterminant : la minorité. En France, elle représente la situation juridique de toute personne n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans. Dans le dictionnaire du Droit privé, il est précisé que *“L'incapacité du mineur est une incapacité d'exercice, c'est un régime de protection destiné à éviter que l'on abuse de la méconnaissance par l'intéressé, des droits qu'il tient de la Loi”* (29). Une vulnérabilité juridique donc, mais qu'il convient de nuancer, afin d'appréhender la complexité de ce public d'adolescents en situation de migration.

##### **a. Des adolescents en développement**

L'appartenance sociale des MNA oscille entre deux mondes, en transition entre l'enfance et l'âge adulte. L'OMS définit ainsi l'adolescence, comme *« la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans »* (30). Certains auteurs réactualisent ces frontières jusqu'à 24 ans (31). Étymologiquement *“celui qui est en train de grandir”*, l'adolescent vit une succession de remaniements, multiples et universels, touchant en profondeur son individualité. D'une part, il expérimente des bouleversements physiologiques et biologiques avec la puberté et l'activation hormonale, entraînant notamment l'apparition des caractères sexuels primaires et secondaires. La croissance s'accélère avant d'atteindre un plateau, et la maturation cérébrale se poursuit. Parallèlement, des processus s'activent concernant le développement psycho-cognitif. Les fonctions exécutives, l'attention et la mémoire de travail se précisent, ainsi que les capacités d'inhibition. Le développement psycho-sexuel va permettre à l'adolescent une découverte de sa sexualité, son orientation sexuelle, son identité de genre, et des relations sentimentales. Il construit également son identité propre, tout en tissant un cercle relationnel et social nouveau,

distinct de ses attaches familiales, avec le processus de séparation-individuation. Ces bouleversements placent l'adolescent dans un processus complexe et dynamique, mais source de vulnérabilités (32). Cette période de vie est également marquée par l'apparition des premiers troubles psychiatriques, puisque la plupart surviennent avant l'âge de 25 ans (33).

Si les limites temporelles de l'adolescence sont variables, ses représentations diffèrent également selon les cultures. « *L'association systématique de l'enfance et de l'adolescence à une période de vulnérabilité et de dépendance est en partie une représentation culturelle occidentale* » souligne Radjak (34). Dans certains pays, le concept d'adolescence est moins marqué, raccourci, voire inexistant. Le passage de l'enfance à l'âge adulte s'effectue parfois par un rituel décisif, à travers l'apparition de caractères sexuels, ou la maturation sociale se construit prématurément, de par les différents facteurs d'adversité, tels qu'une situation socio-économique défavorable (35). De même, l'isolement et les séparations précoces durant les parcours migratoires complexes participent au développement de ressources et à la responsabilisation forcée et précoce de ces jeunes. Pour les professionnels, ces différents éléments invitent à considérer la singularité du public des MNA en tant qu'individus en construction, expérimentant des processus adolescents universels ; mais qui s'inscrivent avant tout dans un parcours migratoire, avec une culture et une société d'origine détenant ses propres codes, et lui permettant d'avoir sa propre représentation du monde.

### **b. Des adolescents isolés en migration**

De plus, l'enjeu central de la construction identitaire des MNA est complexifié par le contexte de migration et de réinstallation (36). Ils expérimentent davantage à l'adolescence des problématiques de déracinement et de deuil, que d'affirmation et d'exploration identitaire (37). Au sein d'un pays d'accueil et d'une culture nouvelle, dont ils n'ont pas toujours les codes, ils doivent composer et s'adapter, afin de se construire un avenir dans un processus d'affiliation complexe. Radjack et al. soulignent « *Quand on est adolescent, qui plus est inscrit dans un*

*processus de migration et de métissage culturel, la question de l'identité est centrale : il faut continuer d'être soi pour maintenir un sentiment de continuité d'exister, de son histoire, et pour bien se construire. Mais comment s'inscrire dans une filiation et laisser place à de nouvelles affiliations ...*" (38). Il s'agit de mêler le passé comme base fondamentale, à l'intégration d'un présent et d'une société d'accueil nouvelle, afin de bâtir un futur et une voie métissée, unique et propre à l'individu. Face aux défis liant migration et facteurs de stress développementaux, certains auteurs parlent même d'une *"double perturbation du développement de l'enfant »* (39), à risque pour leur santé mentale et leur processus développemental adolescent (40).

Outre leur minorité, les MNA sont rendus vulnérables de par leur isolement, c'est-à-dire l'absence d'un parent ou d'un adulte protecteur (41). Au-delà des épreuves inhérentes aux situations de migration vécues par tout enfant exilé, les MNA sont soumis à plus de facteurs d'adversité que les enfants migrants accompagnés (41) (42) (43). Certains sont exposés à des deuils, des séparations précoces d'avec leur famille, de façon active par leur volonté individuelle de partir, ou de manière forcée par les événements traumatiques ou par la volonté familiale et communautaire. L'absence d'un garant de leur sécurité physique, morale et psychique les expose ainsi à un risque plus important de survenue d'évènements traumatisants tels que des violences physiques et sexuelles, de la torture, un emprisonnement voire des meurtres, etc, autant de situations nécessitant en soi un besoin de sécurisation important durant les différentes étapes du parcours (37) (40) (41) (42) (43). Seuls, ils vivent ensuite le processus d'acculturation, sans étayage et protection parentale, face aux facteurs de stress d'arrivée dans le pays hôte (44). Ils sont également sujets à un manque de supports et de ressources, tant économiques que socio-affectifs (43). L'étude de Bean et coll. (45) a relevé chez les MNA, des taux nettement supérieurs d'évènements de vie stressants, de réactions de stress post-traumatique ou de signes de souffrances internalisées, en comparaison à des mineurs migrants accompagnés. La séparation d'avec les parents et plus généralement leur(s) figure(s) d'attachement durant la migration, est aussi pointée comme facteur de risque

pourvoyeur de graves problèmes de santé mentale chez les réfugiés adolescents (41) (43) . L'impact de l'isolement durant la migration exposerait ainsi les enfants et adolescents migrants non accompagnés, à un risque supérieur de troubles psychiatriques comme la dépression, l'anxiété, ou le TSPT (43) (44).

### **c. Parcours migratoire**

Tout individu vivant une situation de migration, et bien que chaque trajectoire soit unique et influencée par de nombreux facteurs, s'expose à des difficultés et des traumatismes reconnus (37). Considérée par certains auteurs comme nécessairement pathogène et traumatisante, d'autres perçoivent la migration comme source d'opportunités et d'apprentissages, bien que constituant une expérience marquée de risques pour la santé mentale (46). Pour Baubet et Moro, *“la migration est un événement majeur, dans une vie, qui peut accroître la vulnérabilité psychique d'un individu et de sa famille, cette situation qui induit une rupture et une crise, est donc potentiellement pathogène, car elle remet en question la cohérence identitaire de l'individu”* (47). Il a été également reconnu qu'au regard la population générale, les réfugiés réinstallés sont plus à risque de développer des troubles psychiques, notamment des TSPT (48).

Pour comprendre la migration dans sa globalité, il convient de l'analyser comme un processus dynamique, dont chaque étape présente des enjeux particuliers pour la santé mentale (46) (49). Baubet et Moro décrivent un *“ triple traumatisme : le traumatisme pré-migratoire, les effets potentiellement traumatiques de la migration et le traumatisme découlant du déni de leur vécu par le pays d'accueil”* (47). On visualise alors la migration comme un processus évolutif de trois étapes, influencée par des facteurs individuels et collectifs (46). Chaque phase est à risque de répercussions sur les suivantes, et associée à des risques et des expositions spécifiques (49) (50) .

La phase pré-migratoire représente le vécu en amont du départ. Elle est influencée par: l'âge, le sexe, le pays d'origine, les conditions socio-économiques et éducatives, la personnalité, les raisons et la préparation au départ (51). La situation politique du pays, les persécutions, le réseau de support social y sont également associés (50). L'individu expérimente une rupture et une perte de repères majeurs sur lesquelles se développe son fonctionnement psychique (46). Durant la phase per-migratoire, de durée et de modalités variables, le sujet peut y être victime de nombreuses formes de violence, soumis à des conditions de vie difficiles, tout en étant coupé de son réseau familial, social et communautaire, avec l'incertitude de son futur (50). Enfin, la phase post-migratoire, avec l'arrivée dans le pays d'accueil, peut amener initialement espoir et soulagement, mais fait émerger d'autres problématiques pouvant provoquer de fortes désillusions chez la personne migrante (50). Soumis au stress acculturatif les MNA sont confrontés aux différences socio-culturelles du pays hôte (46), avec les barrières multiples de la langue, de l'administration, ou de l'insertion socio-professionnelle. La phase de réinstallation est influencée par le réseau de soutien social, l'identité culturelle, l'estime et le concept de soi, la réalisation, le racisme, l'isolement, le chômage, la densité sociale (51). Ainsi, la nature de la migration pendant et après la réinstallation, influence la prévalence de troubles spécifiques de la santé mentale (49) (50).

## **2. Spécificités des troubles psychiatriques des MNA**

### **a. Épidémiologie**

Les jeunes réfugiés sont davantage sujets à des troubles internalisés (épisodes dépressifs, troubles anxieux) et des stress post-traumatiques (42) (49) (52), mais aussi des troubles du comportement ou des troubles externalisés (44), ainsi que le développement de troubles psychotiques ou de troubles somatoformes (41). L'émergence de pathologies psychiatriques est bien sûr influencée par différents facteurs, propres aux vulnérabilités individuelles (âge, genre, terrain psychique préexistant), familiales (cohésion familiale, état

psychique parental), et socio-culturelles (support social, croyances culturelles, expérience pré migratoire dans le pays d'origine) (41).

### **b. Des particularités cliniques**

Comme décrit ci-dessus, la littérature alerte largement sur la vulnérabilité psychique des MNA, de par leur statut d'adolescent isolé de leur figure d'attachement et leur situation de migration, associant l'exposition à un nombre d'évènements traumatiques et stressants des plus élevés parmi la population réfugiée (40) (42) (43) (45) (53). Le nombre d'évènements stressants est un prédicteur fortement lié aux TSPT, ou aux troubles internalisés (45) (54) (55) et externalisés (44) (56). Vervliet et al. (55) attirent également notre attention sur le poids des *“daily stressors”* ou facteurs quotidiens de stress liés à la réinstallation. Il semblerait que leur impact soit plus à risque pour la santé mentale des MNA que l'expérience des traumatismes passés. Non seulement la prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée, mais elle semble persister dans le temps après la réinstallation, marquant le risque de chronicité des troubles (37) (44) (56).

### **c. Des spécificités culturelles**

Une vigilance particulière doit être apportée aux manifestations symptomatiques des MNA. L'expression de la souffrance psychique étant soumise à d'importantes variations culturelles, elle est souvent à l'origine d'erreur diagnostique (36). Il s'agit de conserver une approche transculturelle à la lecture de l'expression des signes de souffrances psychiques et donc du développement de certains troubles mentaux. Le regard du soignant devra se détacher de ses propres représentations culturelles pour éviter certains *“biais culturels”* (37). En d'autres termes, le clinicien s'attachera à bien considérer la culture de l'autre lors de son évaluation, ainsi que la place de sa propre appartenance culturelle dans son prisme de lecture des

symptômes (57). Des différences significatives du diagnostic psychiatrique selon l'origine ethnique ont été constatées chez des adolescents en phase prodromique, antérieurement à une schizophrénie (58). Elle soulève de possibles erreurs d'interprétation de symptômes. De même, l'expression du TSPT complexe apparaît comme particulière, avec notamment de la dissociation et des hallucinations plus marquées que dans la population générale. On note aussi des somatisations, des remaniements profonds de la personnalité, ou des *“symptômes culturellement codés en lien avec des modèles conceptuels de la frayeur”* (58). La complexité de la symptomatologie peut d'autant plus s'accroître de par la concomitance de plusieurs troubles psychiques. La méconnaissance de cette distance culturelle entre le patient et son thérapeute peut ainsi être source d'erreurs diagnostiques, par l'attribution de significations erronées à certains symptômes (57). Comme le pointe Baubet, de l'origine culturelle découle une multitude d'éléments influençant la relation à l'autre : l'expression des affects, le non-verbal, la notion de respect, de politesse, ou les mimiques (57), etc. Une fuite du regard ou un contact évitant pourront être lus comme de l'inhibition ou du retrait relationnel, alors qu'ils seront dans une autre culture des témoignages de respect envers l'interlocuteur. De même, l'attribution d'un sens aux symptômes varie en fonction des cultures. Le patient choisi de communiquer de manière sélective les symptômes à son thérapeute, ainsi il pourra en taire certains, les jugeant bénins ou inavouables. Les expériences d'hallucinations ou de trances peuvent par exemple sembler banales dans certaines cultures. L'accentuation de plaintes somatiques peut parfois être le seul élément d'expression clinique d'une souffrance psychique, qui se révélera lorsque la relation de confiance entre le patient et le thérapeute sera établie (57). De même, certaines entités nosographiques particulières comme les *« syndromes liés à la culture »* ou *« culture-bound syndrome »*, repoussent les frontières des classifications du DSM-V. Il s'agit là d'un ensemble de symptômes catégorisés comme maladie ou dysfonctionnement, mais dont la compréhension et le diagnostic n'est possible que dans le



contexte culturel d'origine. Ces troubles psychiatriques sont variés (koro, amok, latah, etc) et sont souvent spécifiques de populations d'origines géographiques ou culturelles similaires (57).

### **3. Facteurs protecteurs et d'adaptation**

Un certain nombre de facteurs protecteurs d'émergence de troubles psychiatriques ont été décrits chez les MNA (39). Ils sont d'ailleurs des leviers d'action essentiels des pouvoirs publics et des services œuvrant auprès des MNA dans les pays d'accueil. Leurs capacités d'adaptation reposent sur un faisceau d'éléments variés (59). A échelle individuelle, le patrimoine génétique, le tempérament et la personnalité, les capacités cognitives et relationnelles, sont des éléments intrinsèques influençant les capacités adaptatives face aux événements stressants (60). La qualité des conditions de logement est reconnue comme déterminante (39) (41) (61) . L'hébergement en famille d'accueil ou en petites structures favorise davantage l'équilibre psychique, et la création de liens affectifs privilégiés avec les accompagnants (39) (41) (61) (62). Le support social et le sentiment d'appartenance à un groupe permettant l'affiliation, sont également associés à une diminution de la détresse psychologique (39) (60) (41) (63). Maintenir un contact avec la famille dans le pays d'origine est également reconnu comme facteur protecteur, perpétuant la filiation, de même que le maintien d'un lien avec la culture d'origine. Un haut niveau de compétences culturelles, incluant le sentiment d'appartenance double au pays d'accueil et à celui d'origine, est en effet protecteur de la santé mentale (39). Développer des activités et ses compétences individuelles (sportives, artistiques, ...) (39) (63) et s'inscrire dans un projet éducatif ou professionnel (39) (59) sont des éléments essentiels à la restauration et à la valorisation humaine. Il s'agit par là de retrouver une forme d'accomplissement individuel. L'appui sur un tuteur ou "caregiver" permet de retrouver une sorte de relation "parentale", à travers un lien de confiance et l'apport de conseils.

## **V. Accès aux soins psychiatriques en France**

### **1. Des adolescents en population générale**

Selon l'OMS, 14% des jeunes âgés de 10 à 19 ans souffriraient de troubles psychiatriques, l'absence de prise en charge adaptée pouvant retentir gravement sur leur développement (64) (65). Les troubles dépressifs, anxieux et les troubles du comportement sont pointés par l'OMS comme causes principales de morbidité et d'invalidité à l'adolescence. Le suicide est à l'échelle mondiale, la quatrième cause de décès chez les jeunes de 14 à 19 ans (64).

Malgré le risque important d'émergence de troubles psychiatriques, ces derniers sont peu pris en charge à l'adolescence (64) (66). Parmi les jeunes souffrant de dépression ou d'anxiété, seulement 18% à 34% d'entre eux s'autoriseraient à demander une aide aux professionnels (65). Selon une étude néerlandaise (67), seuls 35 % des adolescents présentant un trouble psychiatrique diagnostiqué seraient suivis par un service adéquat, et jusqu'à 54 % pour ceux présentant trois troubles ou plus. Ces éléments soulèvent l'existence de besoins non satisfaits en termes de soins psychiatriques chez les adolescents, tout comme au sein de la population des jeunes adultes (68).

La population adolescente fait face à de longs délais de prise en charge, et à un parcours d'errance émaillé de multiples contacts avant la mise en place de soins appropriés, ce qui engendrent de potentielles aggravations des troubles et impactent leur développement (69) (70). De plus, les obligeant à la répétition de leur histoire, les adolescents rapportent un désengagement et une insatisfaction à l'égard des services de soins psychiatriques, ainsi que l'impression de ne pas être entendu (70). Les voies d'accès aux soins sont complexes et encore mal comprises, mais leur initiation se fait souvent sur le mode de l'urgence lors d'une situation de crise dépassée (69). Certains acteurs sont identifiés comme tenant un rôle essentiel lors de l'orientation vers les soins psychiatriques comme : les médecins généralistes (70), les familles et les services d'urgence (69). D'autres auteurs pointent aussi l'importance du

secteur de l'éducation (70), identifié comme premier point d'entrée dans le système de santé mentale par Farmer et coll. (71). Cela sous-tend la nécessité d'une sensibilisation de ces acteurs impliqués dans la reconnaissance de troubles psychiques, et une connaissance des services de soins nécessaires (67). Le désengagement des adolescents envers les soins psychiatriques peut être également en lien avec la discontinuité des prises en charge, ou les défauts de transition entre services de psychiatrie enfant et adulte (70) (71).

Plusieurs revues systématiques de littérature basées sur des articles internationaux soulèvent l'existence de barrières d'accès aux soins au sein de différentes populations, correspondant aux tranches d'âges de moins de 18 ans (66), 10-19 ans (65) et 12-25 ans (72). Le principal frein d'accès aux soins psychiatriques décrit dans la littérature reste la stigmatisation, qui est définie comme la perception ou l'intériorisation de croyances négatives individuelles et sociétales, ici associées aux pathologies mentales et au système de soins psychiatriques (65) (66) (67) (68) (69) (72). Concernant la reconnaissance de leurs troubles et de leurs besoins en soins psychiatriques, les adolescents rapportent dans les études :

- Un sentiment de honte, mais aussi la peur du rejet et des répercussions sociales et familiales (66) (70), telles que la peur d'être enlevés à leurs parents, de contrarier leur famille, ou de perdre leur statut dans un groupe de pairs (66). Ils redoutent également des conséquences sur leurs études ou leurs carrières, comme dans l'échantillon de jeunes américains âgés de 18 à 23 ans de Cadigan et coll (68).
- Une méconnaissance de la santé mentale et du système de soins, ainsi qu'un défaut de reconnaissance de leurs propres troubles psychiques (65) (66) (68) (69) (70) (72).
- Une minimisation de leurs difficultés, pensant pouvoir les résoudre seuls (66) (68) (72).
- La sollicitation d'une aide extérieure, serait même parfois considérée comme un signe de faiblesse (66).
- Le caractère confidentiel de leurs souffrances et la peur qu'elles soient divulguées, semblent également leur faire obstacle (66) (72).

- L'importance de la confiance relationnelle avec le système aidant, qui doit se montrer neutre, disponible et respectueux envers eux (66).

S'ajoutent également des facteurs limitants structurels, tels que le coût, le temps d'attente, l'accessibilité et la disponibilité du système de soins (65) (66) (67) (68) (72). Certains facilitateurs sont aussi pointés, comme les expériences antérieures positives avec les soins et un soutien de l'entourage (65) (66) (67) (72). L'engagement des adolescents au sein d'un processus de soins psychiques, est donc complexe et multifactoriel. Cependant, certaines populations adolescentes, cumulent davantage les facteurs de risques face aux troubles psychiques, et rencontrent d'autres barrières à leur prise en charge.

## **2. Des adolescents pris en charge à l'Aide Sociale à l'Enfance**

Lorsque les parents ne sont plus en mesure de garantir un espace sécurisé et bienveillant, adapté au développement de leur enfant, ce dernier est confié à la protection de l'enfance. En pratique, celle-ci peut prendre différentes formes, *“du simple soutien occasionnel, à la suppléance complète de l'exercice de l'autorité parentale”* et au placement (73). L'histoire de ces jeunes est souvent émaillée par des carences, maltraitances, négligences et abus. Ils peuvent vivre de multiples séparations et ruptures itératives, les soumettant particulièrement à un risque de troubles psychiques (73) (74) (75) (76). De plus, l'exposition à des facteurs de stress répétés, les modalités d'attachement insécure, et les troubles des interactions précoces peuvent avoir un retentissement global sur l'enfant (73). Si la méthodologie et les systèmes de protection de l'enfance divergent selon les pays, les études s'accordent néanmoins pour décrire une forte vulnérabilité psychique chez ces enfants et adolescents (73) (74) (75) (77) (76).

Un enfant sur deux pris en charge dans les services de protection de l'enfance souffrirait d'un trouble psychiatrique selon une méta-analyse française (74). C'est également ce que corrobore l'étude américaine de Burns et coll. (75). Au sein d'un échantillon représentatif national d'enfants âgés de 2 à 14 ans ayant fait l'objet d'une enquête par des organismes de protection

de l'enfance après signalement de mauvais traitements, presque la moitié d'entre eux auraient des troubles du comportement et émotionnels cliniquement significatifs. La fréquence des troubles est variable, en outre, on retrouve dans une méta-analyse française la prédominance des troubles externalisés (trouble oppositionnel avec provocation, trouble de conduite, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité), internalisés (trouble dépressif et trouble anxieux), et l'état de stress post-traumatique (74). Le placement précoce de l'enfant et l'absence de changements semblent être des facteurs protecteurs de santé mentale (73) (78). Ces jeunes seraient également plus en difficulté au sein des milieux scolaires et professionnels, et auraient un niveau de santé globale de moins bonne qualité (77).

Cependant, malgré des besoins en termes de soins psychiques élevés chez les adolescents sous la protection de l'enfance, il existe un écart important au vu de l'accès réel à ces soins, suggérant l'existence de barrières spécifiques (74) (75) (76) (77). L'HAS (76) soulève plusieurs éléments d'explication à cet écart :

- Une entrée dans les soins se faisant trop fréquemment sur le mode de l'urgence,
- des actions préventives et ambulatoires insuffisantes,
- la réticence des enfants et parents envers le système de soin, l'adressage tardif, le temps d'attente élevé pour accéder aux soins ambulatoires (76).

L'accès aux soins chez les adolescents pris en charge par les services de protection de l'enfance est complexifié par différents facteurs (73) (75) (78). L'enchevêtrement de certaines problématiques et urgences sociales peut reléguer la souffrance psychique et la nécessité de soins au second plan (75). Face à des tableaux cliniques complexes, il existe un manque de formation des équipes, au repérage des troubles psychiques, les intervenants de la protection de l'enfance sont par ailleurs souvent focalisés sur d'autres impératifs et objectifs socio-éducatifs (75). La mobilité fréquente des jeunes entre les structures, retarde ou rompt la continuité des soins, entraînant des retards diagnostics et des pertes d'informations médicales (73,78). Lors des soins, sont mises en avant des difficultés aux recueils des antécédents des

adolescents placés. Et à l'inverse, les médecins sont tenus au secret médical et ne peuvent révéler le caractère précis des troubles et prises en charge aux intervenants sociaux (73,79). Lorsqu'un soin est possible en dehors de l'urgence, la difficulté à obtenir l'autorisation parentale aux soins psychiatriques de l'enfant complique les demandes auprès des services de santé (73,79). Il existe également, des barrières structurelles comme le financement ou l'accessibilité des soins (73).

Au-delà de ces différents facteurs, sont aussi pointés les manques de coordination et de réflexion conjointe, entre les professionnels de soins psychiatriques et ceux de la protection de l'enfance (73,78–80).

Dans son rapport soulevant l'importance d'une meilleure coordination entre les services, l'HAS attire par ailleurs notre attention sur un groupe encore plus particulièrement vulnérable : les MNA. Ils représentent d'ailleurs en 2017, 19 % des jeunes hébergés par l'ASE (76).

### **3. Des MNA**

La vulnérabilité des MNA, à risque de décompensation de troubles psychiatriques est désormais mieux identifiée à travers la littérature internationale. Cependant, les études pointent un écart important, entre les besoins perçus des MNA et leur utilisation réelle des soins psychiatriques (40,53,54,56,81,82). Cet effet était déjà observé au sein des familles migrantes, où les enfants réfugiés accédaient peu à ces services (52,83,84). Bean et coll. (54) comparent les besoins et l'utilisation des soins psychiques chez les MNA pris en charge par les services sociaux et les adolescents néerlandais en population générale. Ils identifient chez 48,7% des MNA, une insatisfaction des besoins de soins psychiatriques, contre 4,7 % des adolescents néerlandais.

Certaines spécificités sont également perçues. La population des MNA serait par exemple surreprésentée au sein des services de soins psychiatriques hospitaliers (85,86). Cela s'expliquerait par une méconnaissance du réseau de soins ambulatoires (86,87), ou par des

services de soins externes qui seraient inadaptés aux MNA (86). Les prises en charge d'urgence et les hospitalisations deviennent alors les modes principaux de recours aux soins, face à la sévérité des décompensations aiguës des troubles, qui n'ont pour certains pas été repérées plus précocement (40,81,84,86,87). Des études ont par exemple mis en avant que les MNA sont fréquemment pris en charge aux urgences, dans des contextes de crises suicidaires et comportements automutilatoires (40,86).

Les MNA sollicitent rarement les services psychiatriques par eux-mêmes. Le repérage des besoins des MNA, et les voies d'adressage aux soins psychiques, dépendent essentiellement des travailleurs sociaux et éducatifs (40,53,88). Cependant, il existe un défaut de repérage des besoins psychiques des MNA par leurs référents (84,88), qui n'en détecteraient que 30% (54). Plusieurs facteurs expliquant ces difficultés de repérage ont été mis en avant, tels que la nature internalisée de certains troubles pouvant parfois rendre le repérage délicat (40,53), ou la dimension physique prédominante de la plainte comme seule modalité d'expression de souffrances psychiques, et entraînant l'adressage aux soins non psychiatriques. De même, les jeunes expriment davantage de plaintes physiques et seront adressés préférentiellement vers les soins somatiques (56,87,88). Selon certaines études, plus le MNA reste dans le pays hôte, plus il/elle utiliserait les services de soins psychiatriques, possiblement en lien avec le processus d'acculturation (40,53,85,87). L'acquisition de meilleures compétences langagières, la perception de ses propres besoins, la connaissance du réseau et du système de soins, permettraient aux MNA de solliciter davantage les services adéquats (53). Ces différents éléments soulèvent l'existence de facteurs spécifiques, influençant l'accès aux soins psychiatriques des MNA.

Les études proposent ainsi différentes façons d'analyser et classifier les barrières d'accès aux soins psychiques chez les MNA et plus largement chez les populations réfugiées. Une revue de littérature australienne adopte par exemple un regroupement des facteurs ethniques, communautaires, sociaux et enfin sociétaux (52). Les données suivantes

proviennent principalement d'études anglaises de méthodologies variées (40,53,81,82,88), d'une cohorte suédoise (85), d'études qualitatives australienne (88) et suisse (89). L'unique étude française est une revue de littérature internationale, n'étudiant donc pas les modalités de prises en charge des MNA propres au système de soin psychiatrique français (56). Les MNA présentent une méconnaissance du parcours de soins psychiques, une difficulté à percevoir leurs propres symptômes psychiques et leur gravité (40,53,56,81,85,88,89), les besoins de santé mentale étant souvent perçus comme non prioritaires devant les impératifs administratifs et légaux (56,88). Les MNA semblent préférentiellement rechercher de l'aide à travers la religion, leurs amis ou la communauté (88). Ils développent également des stratégies de coping ou d'évitement (53,56), préférant "oublier" le passé. La barrière de la langue (40,85) et les facteurs socio-culturels s'imposent, avec l'existence de modèles explicatifs culturels propres des signes de souffrances psychiques (56,81,90). Par ailleurs, les MNA montreraient des perceptions erronées et négatives, des troubles psychiatriques. La stigmatisation et la honte peuvent faire obstacles aux soins (56,81,82,85,88,89), avec une méfiance des soins psychiques, qui serait propre à l'universalité de l'adolescent (89). Il subsiste également une méfiance envers le système de soin, avec la peur d'être dénoncé aux autorités (40,56,81,82). Les MNA peuvent appréhender la relation thérapeutique duelle et les modalités de soins qui leur seront proposées. Préférant une relation symétrique basée sur le partage humain, ils redoutent l'absence de considération de leur personnalité ou de leur culture, et peuvent mal percevoir l'intérêt de parler des problèmes de leur passé (56,90).

Le système de soins présente également des défauts pratiques et structurels en termes d'accessibilité, d'acceptabilité et de compatibilité avec les problématiques des MNA (40,53,56). Sur le plan organisationnel, lieux de vie et situations socio-économiques des MNA sont fréquemment instables, rendant parfois complexe l'investissement des soins de proximité (40,53). Du côté des professionnels et fournisseurs de soin, on note un manque de compétences et de connaissances à l'égard des MNA et de leurs besoins (53,82,85). Au sein



des services de soins psychiatriques, le recours aux interprètes est aussi inconstant (40). Ainsi, les MNA expérimentent les limites d'accès aux soins psychiatriques communes à tout adolescent, mais ils rencontrent également des limites plus spécifiques, propres à la particularité de leur situation migratoire.

## **VI. Rôle des caregivers auprès des MNA**

### **1. Définition et rôle des accompagnants éducatifs auprès des MNA**

Plusieurs intervenants composent l'accompagnement global et multidisciplinaire des MNA, en adéquation avec leurs projections et leurs motivations. Il s'agit de leur fournir un environnement socio-affectif stable, et la construction d'un projet de vie au sein du pays hôte afin de leur permettre de poursuivre leur développement adolescent dans des conditions sécurisées. Selon les structures et les lieux d'accueil, on peut retrouver différentes professions du champ social ou sanitaire : éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, animateurs, maîtres de maison, AVS, TISF, ... L'éducateur en particulier professionnel qui « *aide au développement de la personnalité, et à l'épanouissement de la personne* », notamment lorsqu'il y a des « *difficultés dans le développement de sa capacité de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion* » (91).

L'accompagnement éducatif du public spécifique des MNA peut être freiné par les contraintes administratives et politiques du pays d'accueil (92). L'aide à l'insertion socio-professionnelle, administrative, et la progression vers l'autonomisation sont souvent des enjeux centraux de l'accompagnement, associant de fortes contraintes temporelles, et marqués par la pression permanente de la majorité et la perspective de sortie du dispositif de l'ASE, nécessitant l'aboutissement d'un projet de régularisation (92). Au-delà de « *l'intégration par l'école, par le travail, par l'apprentissage, pour apprendre un métier* », il serait réducteur de limiter le rôle d'éducateur à cette unique fonction (92). Ils sont également les témoins et interlocuteurs directs des récits et des souffrances de ces jeunes ayant vécu la migration.

L'accompagnement requiert une dimension humaine et éthique : alliant bienveillance, sollicitude et écoute active (92). Dans la littérature internationale, on emploie fréquemment le terme de « *caregiver* ». Radjack (93) souligne que « *la fonction accompagnante des éducatrices.teurs revêt une dimension réparatrice, voire soignante, au sens du care : elles.ils sont des caregiver qui apportent du soin de première ligne.* » Des liens de repères et de confiance forts, se tissent souvent avec ces professionnels. Des MNA interrogés, retrouvent d'ailleurs à travers leur relation et leur interaction avec les éducateurs, une réelle position parentale (94)f. La qualité de leur rôle de protection, d'accompagnement et d'aide à l'autonomisation, véhiculent des représentations très positives. Selon Moro (94), « *le lien aux éducateurs, réactualisant et élevant les représentations parentales, participerait, dans cette dialectique, à la poursuite du roman familial de ces jeunes [...] permettant une filiation-affiliation dialectique narrative* ». Le rôle de l'éducateur.trice est central et complexe auprès des MNA dans ce contexte de développement adolescent, avec une dimension d'individuation, de sociabilisation, et d'affiliation à un nouveau groupe et la société avec « *l'acquisition de normes et de valeurs qui tendent à appréhender l'accès à la citoyenneté du.de la jeune* » (92).

## **2. Implication des accompagnants éducatifs dans la santé psychique des MNA**

Par ailleurs, les éducateurs et travailleurs sociaux, participent à la veille et au maintien du bien-être global des MNA. Ils sont perçus par les MNA selon une étude qualitative française comme des acteurs facilitant l'accès aux soins, notamment du recueil de la demande, à l'organisation des consultations (95). Cela rejoint les données de la littérature, concernant l'importance du rôle des « *caregiver* », sur la santé mentale des mineurs placés sous la protection de l'enfance (77,80). Leur présence et leur regard posé sur les jeunes au quotidien, en font des observateurs et des interlocuteurs privilégiés. Ces professionnels de première ligne participent ainsi à une première identification des besoins de santé physique et mentale (89) chez des jeunes qui, comme vu précédemment, rencontrent des obstacles multiples pour

accéder aux soins. Le dépistage des pathologies mentales repose donc fréquemment sur les intervenants socio-éducatifs (95), mais également ceux du corps enseignant, qui alertent et interpellent ensuite les services de soins de santé mentale (54,89). De par leur connaissance du réseau, ils agissent comme un véritable lien entre le jeune et système de soin. Les MNA déclarent dans une étude qualitative anglaise (96), l'importance de facteurs essentiels à leur bien-être global, allant au-delà des interventions thérapeutiques. Ils soulignent la nécessité de se sentir en sécurité, d'être en capacité de se projeter avec sens dans un avenir construit, prévisible et stable, tout en développant un sentiment d'appartenance et d'attachement sécurisé (96). Il s'agit pour eux de trouver une place et une nouvelle trajectoire de vie dans le pays de réinstallation. A travers leur accompagnement global quotidien centré sur la réalisation de l'individu, les « *caregiver* » participent donc à leur manière au support et à la restauration de ce bien-être.

### **3. Rôle et fonctionnement des équipes au sein du GCSMS TRAJET**

Les participants interrogés dans cette étude faisant partie du GCSMS TRAJET, nous décrivons brièvement le rôle des professionnels éducatifs et les psychologues dans l'accompagnement éducatif des MNA pour une meilleure mise en perspective des résultats.

La composition des équipes varie selon les lieux et les modalités d'accueil, mais elles se veulent globalement pluridisciplinaires, chacun des membres jouant un rôle de « *caregiver* » auprès des MNA. Chaque structure bénéficie également, en plus de l'intervention des travailleurs sociaux, d'un.e psychologue, se partageant parfois plusieurs sites d'hébergement. Une première rencontre est généralement prévue à l'arrivée du.de la MNA dans la structure, avec des interventions du.de la psychologue de manière plus ou moins formelle, en fonction du contexte de la rencontre, de la réceptivité des jeunes et de leurs demandes. Si ils le souhaitent, un suivi psychologique interne à la structure peut-être initié. Les équipes peuvent aussi alerter le.la psychologue si des signes de souffrance psychique sont constatés au quotidien, ou en cas

de difficultés dans la relation et l'accompagnement éducatif du.de la jeune. De même, le.la psychologue participe à la formation des équipes, concernant les potentiels signes de souffrances à repérer. Il s'agit aussi pour les psychologues, d'assurer un lien avec les partenaires de soins psychiatriques extérieurs lorsque cela est nécessaire. L'ensemble de ces professionnels participe à la veille active concernant le dépistage des signes de souffrances psychiques des MNA, portant des regards complémentaires, selon la proximité de la relation établie auprès du.de la jeune. De plus, le dispositif dispose également d'une équipe mobile d'appui aux situations complexes, composée d'une psychologue et d'une éducatrice spécialisée. Cette équipe mobilisable entre les différents territoires, est sollicitée en soutien en cas de difficultés rencontrées par les professionnels d'une structure à la prise en charge d'un.e MNA. Il s'agit de définir des objectifs précis avec le.la MNA et de lui offrir un accompagnement renforcé sur une durée de 3 mois renouvelable.

## **VII. Objectifs principaux de l'étude**

Cet état des lieux de la littérature montre ainsi que les MNA présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité et de risques d'émergence de souffrances psychiques avec pourtant un écart entre les besoins constatés en termes de soins psychiatriques, et leurs recours aux services de soins adéquats. Si nous avons des éléments de réponse concernant les limites d'accès aux soins par le prisme des MNA, il n'existe à notre connaissance, aucune étude s'intéressant à la perceptions des caregivers concernant cette problématique, ces derniers ayant pourtant un rôle de support affectif et développemental primordial chez les MNA. Ce travail de recherche fait partie d'une étude plus large menée avec G.Leconte et Nadjib Benramdane sur les dimensions de repérage des signes de souffrance psychique chez les MNA, les facteurs limitant et facilitant l'accès aux soins, ainsi que les perceptions de besoins en termes de dispositif psychiatrique spécialisé pour les MNA. Ainsi, notre objectif principal vise à

explorer la perception des facteurs limitant et facilitant l'accès aux soins psychiatriques des MNA par leurs caregivers.

## **PARTIE 2: MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **I. Choix de la méthode**

Face à cette problématique peu explorée, il nous apparaît pertinent de construire l'étude sous la forme d'une méthodologie qualitative, et dont le recueil de données serait basé sur des entretiens semi-structurés en focus group. Il s'agit d'explorer et de s'imprégner du terrain, en s'attachant par des observations et des questionnements, à mieux comprendre ce phénomène complexe. La méthodologie qualitative suit une démarche inductive, cherchant à faire émerger des hypothèses du milieu et de la population étudiés. En laissant librement émerger du terrain des idées, des représentations et des expériences, cela permet l'apparition d'un panel de réponses vastes sur la problématique étudiée.

Nous avons ensuite choisi un mode de recueil de données par des entretiens semi-structurés, afin d'obtenir une collecte libre de l'expérience des participants, mais centrée sur le sujet d'intérêt par les questions du chercheur. Dans le cas de notre étude, nous avons opté pour des entretiens collectifs de type groupes focaux ou focus group. Ils présentent l'avantage de multiplier les avis récoltés sur un temps court. A travers la dynamique de groupe, ils permettent aussi la stimulation et le rebondissement, sur les différents points de vue entre les participants. Le nombre de focus group nécessaire, est déterminé par l'obtention de la « *saturation des idées* » (97). Il s'agit du moment où il n'émerge plus de nouvelles idées lors des séances. Ce moment n'est donc pas connu à l'avance. La méthodologie des focus group repose sur la définition d'un mode de recrutement des participants parmi la population cible, puis la collecte de données par les entretiens avec les chercheurs et l'analyse.

## II. Choix de la population étudiée

Dans cette recherche, nous avons cherché à travers la constitution d'un échantillon qualitatif, à maximiser l'expression de la diversité. Suivant la méthodologie, les participants ont été sélectionnés en fonction de l'objectif de l'étude. Ainsi la population d'intérêt était définie par l'ensemble des différents professionnels accompagnant les MNA pris en charge par l'ASE, au sein des dispositifs propres au département du Nord. Afin d'en faciliter l'organisation, et par contrainte spatio-temporelle, nous avons sélectionné la population à partir d'un des deux dispositifs : le GCSMS TRAJET. Implanté dans plusieurs territoires du Nord, il semblait important de recueillir les témoignages des différentes équipes et structures, afin d'obtenir un panel de réponses incluant les potentielles disparités géographiques. Chaque focus group devait rassembler entre 4 et 12 participants volontaires de professions variées, et occupant ce rôle de caregiver auprès des jeunes, afin de croiser les regards sur la question de recherche. Nous avons demandé à ce que les professions de psychologue et d'éducateur.trice soient systématiquement représentées dans chaque focus group. Ainsi, nous avons proposé l'organisation de focus group avec les équipes du Douaisis, des Flandres et de Lille métropole. Le mode de recrutement était sur la base du volontariat. Les chefs de service de chaque territoire étaient chargés de communiquer à leurs équipes le projet, et de recruter les volontaires. Nous avons également rédigé en appui, une invitation écrite à diffuser auprès d'eux. Les participants connaissaient vaguement le thème de la réunion afin d'éviter une documentation préalable. Il s'agissait d'une méthode d'échantillonnage « *dirigé* » ou « *purposive sampling* ». Pour chaque groupe, des dates ont été ensuite proposées via les chefs de service, afin d'établir une rencontre. L'échantillon est caractérisé dans les résultats de l'étude, à travers un questionnaire quantitatif anonyme remis à chaque individu. Les consentements écrits à la séance et à l'enregistrement étaient également requis.

## III. Recueil de données

Conformément à la méthodologie, la préparation au recueil de données s'est basée sur la conception d'un guide d'entretien en amont des séances. Composé de questions ouvertes et hiérarchisées, suivant un déroulé conversationnel, il permettait d'explorer le sujet étudié tout en laissant une expression libre aux participants. Il était également reproductible. Les group focaux étaient ensuite menés par un binôme de chercheurs tenant des rôles distincts : le « *modérateur* » animant la discussion entre les participants du groupe avec l'aide du guide d'entretien, et l'« *observateur* » pour la gestion logistique de la séance et l'observation non-verbale. L'intégralité du contenu des échanges était enregistré en vue de l'analyse.

Après une retranscription écrite mot à mot des enregistrements (verbatim), les chercheurs ont analysé le texte selon la méthode choisie par analyse interprétative phénoménologique (IPA). Il s'agissait, après plusieurs lectures d'annoter le texte et d'effectuer progressivement un codage des verbatim, qui seront ensuite regroupés en thèmes, puis métathèmes. Ils aboutiront à l'obtention d'un contenu descriptif de l'expérience des sujets interrogés, puis dans un dernier temps, à leur interprétation à la lumière de la littérature lors de la discussion par le chercheur.

#### **IV. Description du protocole de l'étude**

Le binôme de chercheurs se composait de G.LECONTE, formé en psychiatrie transculturelle et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, modérateur des focus group, et d'E.COSTE, observatrice. En amont des séances, nous avons élaboré un guide d'entretien composé de sept questions, explorant différents aspects rattachés à la question de recherche et dont l'exemplaire se situe en annexe. Il a été modifié une fois, entre le premier et le second focus group. Les lieux d'accueil étaient proposés par les chefs de service de chaque territoire, afin de faciliter le déplacement et la disponibilité des équipes. Chaque focus group commençait par un temps d'accueil des participants autour d'une collation. Nous expliquions ensuite le cadre de nos échanges et le déroulé de la séance à venir, notamment l'intérêt de l'enregistrement ainsi que le respect de l'anonymat et de toutes les opinions des participants.

Les consentements à l'enregistrement et à la retranscription ont été requis, spécifiant l'utilisation des données pour des fins scientifiques. La durée approximative des échanges était annoncée entre 1h30 et 2h. Le matériel d'enregistrement était composé de deux enregistreurs, type dictaphone, posés au centre de la table rassemblant les participants. Les deux chercheurs avaient à leur disposition de quoi écrire et surveiller l'heure durant les entretiens. Le début et la fin de l'enregistrement était notifié clairement au groupe. En fin de séance, nous récoltions auprès de chaque participant : une fiche explicative de consentement au focus group (remis en double exemplaire), et une fiche de renseignements anonyme sur les caractéristiques du participant, afin d'établir plus tard une caractérisation de l'échantillon qualitatif. Ces deux documents sont également disponibles en annexe. La retranscription des focus group s'est faite manuellement sur ordinateur, par la réécoute de l'enregistrement audio et la transcription en traitement de texte. Cette retranscription fut réalisée de façon intégrale, sans correction ni reformulation des propos, de même, les échanges non verbaux (rires, hésitations, les temps de réflexion) ont été mentionnés en italique. Pour chaque focus group, les transcriptions ont été envoyées aux chefs de services, afin qu'ils récoltent la validation ou les éventuelles corrections des participants. Enfin, nous avons procédé à l'analyse des verbatims, suivant la méthodologie de l'IPA et avec l'aide du logiciel N'Vivo. Par la suite, l'analyse a été triangulée avec G.LECONTE et N.BENRAMDAME.

## **PARTIE 3 : RÉSULTATS**

### **I. Caractéristiques de l'échantillon quantitatif**

Nous détaillerons l'ensemble des caractéristiques des participants pour chacun des trois focus group qui étaient hétérogènes, et un tableau récapitulatif global sera retrouvé en fin de chapitre.



### **1. Focus group 1**

Le premier focus group s'est déroulé le 11/03/2022, au sein de l'hébergement collectif de l'AFEGI à Cassel, et réunissait les équipes des Flandres intérieures et maritimes. Le groupe était constitué de quatre participants dont deux hommes et deux femmes, âgés de 23 à 49 ans. Il y avait une psychologue, deux éducateurs spécialisés et une monitrice éducatrice. Parmi eux, deux d'entre eux travaillaient exclusivement sur le dispositif collectif de Cassel, l'un d'entre eux travaillait à Dunkerque sur des dispositifs d'hébergement diffus et jeunes majeurs, et les missions de la quatrième participante s'étalaient sur des interventions variées comme : les hébergements collectifs et diffus, la mise à l'abri et l'accompagnement renforcé. Tous travaillaient pour l'AFEGI, et avaient entre 11 et 3 ans d'expérience de travail auprès des MNA.

### **2. Focus group 2**

Le second focus group a ensuite eu lieu le 17/03/2022 à la Maison de l'Enfance et de la Famille de l'EPDSAE à Douai, en présence des équipes du Douaisis. Le groupe était composé de quatre participants, composé de deux femmes et deux hommes âgés de 58 à 42 ans. Les professions étaient représentées par une psychologue, une adjointe de direction, un éducateur spécialisé et un IDE, tous exerçant pour l'EPDSAE. Parmi eux, tous intervenaient sur l'hébergement diffus mais deux d'entre eux avaient également des activités diversifiées, sur un hébergement collectif et préparation à l'autonomie pour l'une, et sur de l'hébergement regroupé pour l'autre. Ils avaient entre 10 et 4 ans d'expérience de travail auprès des MNA.

### **3. Focus group 3**

Le dernier focus group s'est déroulé le 7/04/2022 au centre d'apprentissage et service d'accueil de jour de la Sauvegarde du nord à Seclin, avec les équipes de Lille métropole. Les participants étaient au nombre de cinq, dont un homme et quatre femmes âgés de 24 à 51 ans. Le groupe rassemblait deux éducateurs spécialisés, une éducatrice en formation possédant

également un diplôme de TISF, une psychologue et une cheffe de service. L'ensemble des participants travaillaient pour la Sauvegarde du Nord. Ils intervenaient tous sur l'hébergement diffus, sauf l'une d'entre eux qui se mobilisait également sur un hébergement regroupé. Les professionnels avaient entre 6 ans et quelques mois d'ancienneté déclarée concernant leur expérience d'accompagnement auprès des MNA.

#### 4. Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon

N° de focus group	N° de participant	Date du focus group	Sexe	Age	Profession	Années d'ancienneté d'accompagnement auprès des MNA	Type d'accompagnement / hébergement	Lieu d'exercice et structure associative
1	1.1	11/03/22	F	49	Psychologue	11 ans	Collectif, diffus, accompagnement renforcé, mise à l'abri	DHIMNA, AFEGI
1	1.2	11/03/22	M	31	Éducateur spécialisé	5 ans	Diffus, jeunes majeurs en logement autonome	Dunkerque, AFEGI
1	1.3	11/03/22	M	23	Éducateur spécialisé	5 ans	Collectif	DHIMNA, AFEGI
1	1.4	11/03/22	F	46	Monitrice éducatrice	3 ans	Collectif	Cassel, AFEGI
2	2.1	17/03/22	F	58	Adjointe de direction	5 ans	Diffus et regroupé	MEF de Douais, EPDSAE
2	2.2	17/03/22	F	42	Psychologue	5 ans	Diffus, collectif, préparation à l'autonomie	Douai, EPDSAE
2	2.3	17/03/22	M	57	Éducateur spécialisé	10 ans	Diffus	Douai
2	2.4	17/03/22	M	54	Infirmier	4 ans	Diffus	MEF Douai EPDSAE
3	3.1	7/04/22	F	24	Éducateur spécialisé en formation	En stage depuis mars 2022	Diffus	Dispositif MNA Seclin, Sauvegarde du Nord
3	3.2	7/04/22	F	41	Chef de service	Depuis 08/2021	Regroupé et diffus	Dispositif MNA Seclin,

								sauvegarde du Nord
3	3.3	7/04/22	F	46	Psychologue	2 ans dans le dispositif et depuis 2016	Diffus	Dispositif MNA Seclin et Valenciennes, sauvegarde du Nord
3	3.4	7/04/22	M	51	Éducateur spécialisé	4 ans	Diffus	Dispositif MNA Seclin, sauvegarde du Nord
3	3.5	7/04/22	F	46	Éducateur spécialisé	3 ans	Diffus	Dispositif MNA Seclin, sauvegarde du Nord

## II. Présentation des thèmes

### 1. Des limites dues aux difficultés de repérage

#### a. Un manque de formation des caregivers

Malgré un savoir expérientiel acquis au fil du temps, le repérage et l'interprétation des signes de souffrance psychique peuvent être difficiles pour les caregivers de part un manque de formation sur le repérage de troubles psychiatriques.

*« Bah pour les équipes en général, il faut avoir un certain bagage pour savoir décrypter certains signes [...] » P4, Douai*

*« Et puis c'est surtout au niveau de la ouais formation, ouais... manque de formation. On est pas non plus formé spécifiquement à ça. C'qui fait qu'on va pas voir les choses de la même manière que vous, on va pas les interpréter de la même façon. » P1.3, Cassel.*

#### b. Des difficultés à l'instauration du lien de confiance

D'autre part, le manque d'effectifs ou le turn-over fréquent des équipes entraînent une instabilité dans le repérage par les MNA des éducateurs référents. Il est alors plus complexe d'établir un lien de confiance stable avec le/la MNA.

*« [...] il n'y a pas aussi de stabilité euh, au niveau des équipes. Et euh... y'a des changements de travailleurs sociaux. Ça, ça m'a énormément ennuyé sur Hazebrouck. Les changements de travailleurs sociaux, incessants, pratiquement tous les mois, hein voilà. Donc comment voulez-vous instaurer une relation de confiance, qui va laisser place, justement, au fait de se confier. P3.5, Seclin*

*« [...] J'veux dire euh, quand on est trois travailleurs sociaux pour 22 jeunes, on peut pas aller faire cuire un œuf avec un jeune. » P3.4, Seclin*

De par le manque d'effectif, les caregiver sont également accaparés par le repérage et la gestion des MNA présentant des troubles psychiatriques graves, en dépit parfois des besoins du reste du groupe.

*« Bah on a moins le temps de s'en occuper, parce qu'ils prennent tellement de place sur 24h de travail que bah y en a d'autres qui sont, qui auraient peut-être besoin d'un peu plus d'aide, et puis parfois, on peut pas répondre assez rapidement et assez qualitativement, ce qui fait qu'il peut y avoir des dégradations [...] » P2.3, Douai*

Les caregiver remplissent également leurs fonctions administratives dans une temporalité d'urgence à l'approche de la majorité. Cette pression vécue par les MNA comme leurs caregiver, rend difficile la disponibilité psychique à la verbalisation de souffrances ou à la recherche de ces signes, devant la priorité des démarches de régularisation ou d'insertion sur une temporalité restreinte.

*« [...] dans cette préoccupation constante de l'insertion en France, des documents administratifs, d'avoir son CAP, de... « Bah qu'est-ce-que je vais faire après à 18*

*ans ? », euh, ça laisse peut-être peu de place, à l'expression euh... à l'expression de... bah de... comment dire, de « Comment vont-ils dans le fond ? ». P3.5, Seclin*

*« Nous sommes essentiellement, les jeunes, comme les éducateurs, les travailleurs sociaux, euh, centrés sur l'insertion, la scolarisation, les démarches administratives. Euh... cette deadline aussi, qui est la majorité, avec plus ou moins de temps pour nos jeunes. Que ça soit un an, deux ans euh quelques mois. Et c'est vrai que... avec du recul j'me dis, nous étions tous essentiellement centrés la-dessus. La scolarisation euh, les papiers euh nécessaires... Dans toujours euh cette vision, cette obsession des 18 ans, de la majorité. » P3.5, Seclin*

De plus, d'autres enjeux s'instaurent parfois dans la relation du.de la MNA avec son caregiver. Ils attribuent parfois une fonction parentale à leurs éducateurs.trices, qui inhibe alors la possibilité de confidences ou de verbalisation d'émotions.

*« J crois que, c'est la posture en fait. Euh, il sait, le jeune était euh, pas convaincu mais... en tout cas pour lui, il m'avait mis dans une case c'était euh, ma mission c'était les papiers, la scolarité, (P3.5 acquiesce), la location, la régularisation euh, c'était moi... » P3.4, Seclin*

*« Et je rajouterai aussi, ne pas décevoir. Ne pas décevoir son référent et le regard... » P3.3, Seclin*

*« Aussi. Parce que j'ai des attentes vis à vis de lui, donc il doit répondre à mes attentes [...] » P3.4, Seclin*

## **2. Des limites dues aux barrières institutionnelles**

### **a. Des démarches d'accès aux soins ambulatoires contraignantes**

Les caregivers rapportent de grandes difficultés à accéder aux CMP, notamment face à l'exigence de démarches longues, contraignantes et non adaptées à la réalité de situations vécues par les MNA.

*« [...] le CMP j'avais l'impression qu'il fallait un sésame pour que la porte soit ouverte, parce que franchement, moi je vous le dit franchement ça fait des années que j'ai pas fait de demande au CMP. » P2.3, Douai*

Du fait de la barrière de la langue, il est par exemple difficile d'effectuer une demande autonome au CMP pour les MNA. La nécessité d'accompagnement par un représentant légal peut être aussi exigée dans certains établissements et freine la demande de soins.

*« La jeune fille dont on a parlé tout à l'heure, jeune afghane. Elle ne parle pas un mot de français, elle ne parle pas un mot d'anglais, elle est en incapacité de vous appeler. » P2.2, Douai*

*« [...] vous êtes censés représenter bah... les adultes de référence pour les jeunes. Et quand on se présente comme tel, c'est pas le cas. Bah non vous êtes personne en gros pour le jeune. Et je trouve que ça c'est très dur aussi parce que nous on doit faire toutes les démarches pour remplir notre mission de protection de l'enfance, sauf que quand on les fait on est pas considérés comme tel. On est personne. Bah oui on n'est pas de sa famille, on n'est pas de sa famille en vrai, mais néanmoins il n'a pas de famille sur le territoire. [...] » P2.2, Douai*

#### **b. Frein des limites d'âges de prise en charge dans les CMP**

La catégorie d'âges des MNA complexifie la demande, car ils se situent à la frontière entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie.

*« Je rajoute la tranche d'âge aussi, parce que du coup 16 ans c'est terrible aussi, parce que nous à Douai on a le Ping pong des CMPs quand je dis « ah bah je vais appeler le CMP enfant comme ça je vais pouvoir moi faire la démarche pour le jeune et avec le jeune et avec son accord hein, jamais je le fais sans l'accord du jeune, sauf que « il a quel âge » « il a juste allez 15ans 8 mois » « ah non c'est.. » et puis quand j'appelle le CMP adulte, « bah il a pas 16ans c'est pas nous » bah je dis « non je viens d'appeler le CMP enfant » P2.2, Douai*

Certaines structures de soins discutent d'ailleurs leur minorité sur des arguments morphologiques.

*« [...] ils sont mineurs mais en même temps, nous on les considère pas vraiment comme mineurs au niveau de la morphologie [...] » P1.3, Cassel*

### **c. Les limites de la sectorisation en regard de la mobilité des MNA**

Le fonctionnement des institutions psychiatriques par sectorisation semble également inadapté à la haute mobilité des MNA. Amenés à vivre des changements d'hébergements fréquents, ceux-ci sont alors lieux de ruptures également dans leur parcours de soins.

*« Très clairement, c'est aussi quelque chose qui est un frein. C'est à dire que si on arrive à travailler certaines choses, à un moment donné pour un jeune, et qu'on a ... allé, eu accès à un premier rendez-vous CMP. Oui mais le jeune, il doit allé en appartement, donc il va falloir refaire ce travail auprès d'un autre CMP. » P1.1, Cassel*

*« Voilà, ils ont débarqué sur le territoire, ils ont commencé à établir un p'tit peu un p'tit réseau, ils ont commencé à prendre des repères etc. Six mois après ils partent soit sur Hazebrouck, soit sur Dunkerque. Il faut tout recommencer. Dès fois il sont eu du mal... » P1.3, Cassel*

Pourtant, selon les participants, les MNA rapporteraient un désir de continuité avec les professionnels ayant entamés leur prise en charge.

*« [...] ceux qui ont adhéré à un soin, il est pas question pour ces jeunes là de dire "ben j'ai changé d'endroit, je vais aller dans un autre CMP". C'est non. C'est, "j'ai commencé quelque chose avec cette personne là, pour le moment, je suis pas en capacité de pouvoir...". » P1.1, Cassel*

### **d. Inconstance du soin proposé et refus devant la complexité de la prise en charge**

Il existe une variabilité d'accès selon les structures de soins de par des différences de fonctionnement entre CMP, ou selon les professionnels y travaillant. Ainsi certains CMP accepteraient plus difficilement les demandes de prise en charge des MNA.

*« [...] mais pour avoir travaillé plus de 10 ans en CMP c'est troublant de voir que y a aussi des fonctionnements très différents entre les CMP [...] » P2.2, Douai*

*« J'ai l'infirmier du CMP au téléphone euh extrêmement gêné. Parce qu'il était persuadé que euh, le médecin psychiatre allait accepter la prise en charge au CMP. C'est dit en off c'est que, ben ça dépend de qui préside, en tout cas, quel est le médecin psychiatre qui est là ce jour là. Et que si ça avait été celui qui parlait anglais euh, peut-être que le dossier aurait été accepté. » P3.3, Seclin*

Cette variabilité semble s'appliquer également aux formations des professionnels de soins, notamment lorsqu'il s'agit de la prise en charge du Trouble de Stress Post-Traumatique fréquemment représenté chez les MNA.

*« Moi j'ai l'impression, en tout cas en terme de connaissances et de formation, en tout cas on a pas tous le même niveau de, de formation aussi... Notamment dans les CMP, en fonction des interlocuteurs, on sait qu'il n'est pas... pas connu de la même façon. » P3.3, Seclin*

Les caregivers sont aussi confrontés aux réticences et parfois aux refus des établissements de soins psychiatriques. Ils évoquent notamment l'argument d'une trop grande complexité de prise en charge relative aux problématiques des MNA.

*« Mais on sent, en tout cas moi j'ai senti de la frilosité ou quelque chose de cet ordre là, avec euh, quelque chose de défensif, de la résistance, en disant « Oulala, c'est trop compliqué » (Rire). En effet, c'est un trauma complexe, et c'est un jeune qui parle pas français [...] » P3.3, Seclin*



*« C'que j'veux dire par un stop, c'est ben... « Ça va être compliqué parce qu'ils sont pas français, ils sont mineurs mais en même temps, nous on les considère pas vraiment comme mineurs au niveau de la morphologie », « C'est compliqué à prendre en charge », ou... ben... « On pas vraiment d'éléments pour entamer un soin ».*P3.3, Cassel

La complexité de prise en charge, comme celle du TSPT chez un adolescent dans un contexte de migration et de transculturalité, est donc un argument de réorientation vers des consultations plus spécialisées mais toutes aussi complexes d'accès.

*« [...] le dossier de ce jeune est passé en réunion de synthèse, comme ça se fait habituellement au CMP. Et il a été décidé, ben que c'était trop compliqué à prendre en charge au niveau du CMP, et une orientation vers la consultation psycho-trauma »* P3.3, Seclin

#### **e. De longs délais d'attente dans les CMP**

L'attente d'un rendez-vous est ensuite longue du fait de délais élevés au sein des CMP ou dans les cabinets libéraux, s'ancrant plus largement dans un système de soins actuellement en souffrance, marqué par un manque de moyens et un engorgement des structures de soins, ainsi qu'une pénurie de psychiatres et de paramédicaux.

*« Quand on demande un rendez-vous parfois on attend X mois [...] »* P3, Douai

*« [...] il faut attendre 6mois-1an, 6 mois-1 an y a temps de s'en passer des choses entre les deux. »* P2.3, Douai

*« Déjà trouver un psy libéral, ils sont tous débordés, ils prennent pas de nouveaux patients. »* P2.2, Douai

### **3. Des limites par les spécificités culturelles et langagières**

#### **a. Des difficultés dues à la différence de langues**

Les caregivers et les MNA peuvent se heurter à des difficultés importantes liées aux

différences linguistiques. Elles sont des freins réels au repérage, tant par l'engendrement de difficultés de communication et de compréhension mutuelles, que par la réduction de l'expression émotionnelle et de l'instauration de la relation. Les caregivers tentent de pallier à cette problématique par diverses adaptations, mais ils déplorent une limitation de leurs possibilités d'évaluation du.de la MNA, ainsi que de leur accompagnement éducatif.

*« 'Fin de plus en plus on a un public qui est allophone. Donc pas de français, voire même pas d'anglais, donc euh... Je parle ni hindi, ni ourdou, ni pachtou, arabe non plus... Donc on a vraiment cette barrière de la langue qui va... Qui va nous, nous donner des difficultés pour communiquer avec les jeunes. Donc moins de communication, moins d'infos qui passent. On passe à côté de beaucoup plus de choses, que sur d'autres populations francophones. » P1.3, Cassel*

*« Et euh, donc effectivement, ça vient freiner euh finalement, la facilité de communication déjà, à la base. Et effectivement, en tout cas, moi c'est quelque chose que j'explore souvent quand on fait un entretien, à moitié en anglais et un tout p'tit peu en français, et beaucoup à base de googletrad. Ça vient, alors c'est un très bon exercice pour savoir synthétiser la pensée, et de fait, ça vient aussi la réduire. »*

P3.2, Seclin

Cette différence de langue impacte aussi la qualité de communication, la compréhension et l'adhésion des jeunes en amont et en aval des soins. La compréhension des souffrances psychiques ou l'abord des soins psychiatriques peuvent par exemple être difficiles, de par l'absence de vocabulaire commun.

*« [...] en arabe y a pas psychologue, éducateur en pachtoune aussi. Y a des mots qui existent pas, on sait pas les traduire, le vocabulaire on n'a pas du 1 pour 1 donc je sais pas si vous vous êtes déjà amusé à traduire éducateur en pachtoune ou en Dari, psychologue pareil enfin [...] » P2.2, Douai*

*« [...] moi je pense à une jeune fille par exemple, elle a été violée à plusieurs*

*reprises. Tu parlais tout à l'heure de Boko Haram hein et du coup elle dit « mais moi je veux être comme avant, je veux plus avoir de règles. » Donc le temps qu'on comprenne ce qu'elle veut nous dire exactement etc. etc... On finit par comprendre qu'elle voudrait une reconstruction de l'hymen. Mais ça, ça nous a pris 3 mois pour le comprendre. Parce qu'elle parle pas bien français, parce qu'elle nous explique avec ses mots. Mais elle dit : « mais t'inquiète pas à part le fait que j'ai été violé tout va bien ». P2.2, Douai*

Pourtant nécessaire, le recours aux interprètes est coûteux et rare, tant dans les soins que dans la structure d'accueil, limitant ainsi la possibilité d'une consultation optimale avec le/la MNA.

*« Bah la, la question de l'interprétariat, elle est essentielle, et en même temps, elle est compliquée d'accès. », « J'ai pas eu la chance de pouvoir avoir des rendez-vous où on me dit : Bah il est en quelle langue pour avoir un interprète ? ». P1.1, Cassel*

La maîtrise de l'anglais restant aléatoire chez les professionnels de soins, il arrive aussi fréquemment que la recherche d'alternatives de traduction soit à la charge du caregiver.

*« Mais euh, rien que de parler anglais c'est compliqué hein, à chaque fois ils nous disent « Ah j'vous laissez faire ». P3.5, Seclin*

*« Ah bon d'accord il est pas francophone, bon bah d'accord et donc vous avez quelqu'un qui peut l'accompagner ? ». « Bah euh non ... ». Si vous voulez, ce sera bien de pouvoir avoir un CMP qui puisse dire : « Ah bah alors du coup on va faire le nécessaire pour, de notre côté pour essayé de trouver ». Y'a pas non plus ce réflexe là. Premier réflexe c'est : « Bah vous, comment vous faites, un peu pour essayer de palier à ça quoi ? ». P1.1, Cassel*

Les caregivers s'adaptent et tentent d'avoir recours aux interprètes pairs non formés ou de mener eux-mêmes la traduction. Cependant, l'absence de levée de la barrière linguistique, sans moyen de traduction efficace, entraîne un désinvestissement double de la prise en charge

psychiatrique, par le MNA ainsi que par son caregiver.

*« Donc du coup, bah on se débrouille en anglais, donc j'accompagne en anglais. Mais je me retrouve à être presque plus dans la position de traduire en anglais, pour un professionnel de santé en face. Je veux dire, c'est tout ça qui fait que, à un moment donné, oui le jeune n'a peut être pas investi cet espace là... Et j'avouerai que même moi, j'ai eu du mal à investir cet espace là. Parce que du coup, je me dis « pfff bah je vois pas comment ça va pouvoir perdurer dans le temps ». » P1.1 , Cassel*

### **b. Barrières liées aux spécificités culturelles**

Au-delà des différences de langue, les caregivers se heurtent aussi aux différences culturelles qui rendent complexe l'interprétation de certains comportements des MNA, suscitant alors des biais culturels. Ainsi, ils peuvent parfois attribuer un sens erroné à certaines pratiques religieuses ou à la gestion des relations interpersonnelles.

*« Après c'est vrai que dans le même cadre on a aussi les différences culturelles. Quand on rencontre les jeunes, on en parlait ce matin, que ça soit culturel ou même culturel euh... y'a pleins de choses de c't'ordre là. Qui font qu'on a aussi des difficultés, même si on repère les choses des fois, à les interpréter... Des fois y'a des comportements ou nous, on s'dira « Ca paraît un p'tit peu suspect, on va porter le regard sur ce jeune ». Et finalement on se trompe. Après on comprend euh..., via le biais, via le biais d'autres jeunes, « Ben nan, en fait il rigolait ». P1.3, Cassel*

D'autre part, les différences culturellement codées d'expression de la souffrance et des émotions rendent difficile le repérage des signes de souffrances chez certains MNA.

*« Y'a l'aspect culturel aussi hein, qui rentre en ligne de compte. Alors, donc on parle pas forcément de la douleur, de ce qui fait mal, de c'qui... ça reste... Alors, moi je l'mets sur l'aspect culturel parce que, pour en avoir pu échanger avec certains, ben*

*on s'plaint pas. On peut pas se plaindre. A quel moment dans le parcours, de l'endroit d'où l'on vient, on peut parler de ces choses là. C'est vrai qu'il y'a des choses qui sont propres en gros à la culture ici, et du coup parler de choses qui nous soucis, qui nous travaillent, et ben c'est compliqué. » P3.4, Seclin*

Selon leurs pays d'origine et leur vécu, les MNA ont des croyances culturelles et religieuses différentes qui influencent leur compréhension et leur lecture du monde.

*« [...] il venait d'un endroit très reculé heu... il n'était jamais allé à l'école donc heu.. sa vision du monde elle était limitée par heu.. la culture heu... et ce qui lui était transmis donc forcément fin heu.. on est avec les marabouts, on est avec les sorcières, on est avec heu.. des croyances heu.. et la représentation d'un monde [...] » P3.4, Seclin*

Ils détiennent également des visions de la santé et du système de soins qui leur sont propres, et qui confrontées à la culture occidentale, peuvent être sources de confusions ou de difficultés d'adaptation.

*« Pour un jeune, la santé c'est un peu compliqué parfois, parce qu'il faut déjà qu'il puisse repérer, tout est hôpital... L'infirmier c'est hôpital, le docteur, le généraliste c'est hôpital, le dentiste c'est hôpital. [...] Mais euh ... la plupart, tout est hôpital parce que l'équivalent un peu du dispensaire, aussi, qui peut y avoir dans différents endroits sur certains pays. » P1.2, Cassel*

*« Au Mali ils ont des croyances des traditions c'est « Waouh ! » et puis on va pas les changer tout de suite, c'est pas le but. Mais à un moment donné il faut s'adapter avec la culture européenne et ça c'est un travail de longue haleine, c'est pas facile, parce qu'ils y croient vraiment « j'ai un poulet dans mon ventre » « j'ai la tête qui gonfle comme ça » [...] » P2.3, Douai*

L'existence de ces croyances culturelles peut rendre alors difficile l'interprétation et la reconnaissance d'un trouble psychique, les MNA ayant leurs propres représentations et schémas explicatifs concernant leurs troubles.

*« Des gnou, qu'ils appellent ça. Où le jeune serait possédé, donc du coup le bon traitement c'est euh... c'est plus de passer justement à travers ce côté religieux, et euh... à travers divers pratiques, et que c'est ça la solution. Et c'est un p'tit peu aussi une limite, donc euh... ce côté religieux, parce qu'au niveau de la prise en charge, bah... c'est compliqué d'expliquer à un jeune qu'il faut aller voir un médecin, si y a pas de problème de santé. Si c'est un problème religieux, ça va être compliqué de le convaincre... » P1.2, Cassel*

*« C'est compliqué du coup d'amener les jeunes à rentrer justement dans une démarche de soins, rien que dans une démarche déjà de prise en charge et de reconnaissance de la pathologie parce que... y a ce côté de... différences de cultures qui font que... ils vont pas forcément percevoir ça. » P1.2, Cassel*

L'adhésion aux soins et à un traitement est alors complexe, les MNA recherchant plutôt des médications traditionnelles. Il est alors fréquent de notifier des défauts d'observance ou des ruptures thérapeutiques.

*« [...] convaincre un jeune qu'on va heu... qu'on va aller rencontrer quelqu'un et qu'éventuellement ça pourrait lui faire du bien, c'est notre représentation à nous hein heu.. parce que heu.. là on en revient à l'aspect culturel ou heu.. il s'était heu.. auto-soigné, il était allé rencontrer un monsieur qui lui avait demandé 80 euros heu .. pour lui donner des choses pour se laver avec, pour enlever tout ce mal (D'autres participants réagissent indistinctement) et là voilà ... moi je lui propose d'aller rencontrer quelqu'un, qui demande rien, et ça pourrait lui faire du bien aussi, donc heu.. 'fin mon truc ça marchait pas, l'autre il avait payé, donc ça marchait [...] » P3.4, Seclin*

*« Après, il prend les médicaments. Il prend pas le traitement. » « Parce que c'est pas le traitement souhaité. » « Oui, il voulait un traitement d'Algérie. » P1.4 et P1.1, Cassel*

Il existe également de fortes représentations négatives à l'égard des troubles et des soins psychiatriques, provoquant incompréhensions et réticences lorsqu'une prise en charge leur est proposé.

*« [...] ils sont de toute façon, réfractaires heu... on a déjà eu des réponses comme ça heu.. dire « Ben moi de tout façon j'suis pas fou » P3.5, Seclin*

*« [...] il y a eu des rendez-vous avec un psychologue plusieurs fois, et plusieurs fois il est venu me voir et disait « 'Fin pourquoi je vais voir un psy fin j'suis pas fou, j'suis pas fou ». Et du coup pour eux, psychologues c'est forcément heu.. problème mental, heu pour les fous (P3.5 acquiesce). Alors que non là le suivi c'était vraiment par rapport à ses problèmes durant son parcours migratoire, qu'il y avait des idées noires [...] » P3.1, Seclin*

Les soins psychiatriques peuvent ainsi être vus comme effrayants et reliés à une connotation de « folie » qu'il est difficile de déconstruire

*« Le rapport aux soins psychiatriques c'est encore un niveau au dessus. C'est encore vraiment quelque chose où ils mettent une grande distance, et pour moi ils en ont peur. » P1.3, Cassel*

*« [...] ça a été très compliqué pour expliquer aux jeunes et faire comprendre aux jeunes que c'était un bien pour eux, que c'était pas parce que le jeune était fou comme ils disaient. » P3.1, Seclin*

L'ensemble de ces éléments associé aux barrières de la langue entraînent incompréhensions et réticences des MNA à l'égard de la prise en charge psychiatrique.

*« C'est ce côté culturel, représentation des choses, où nous on perçoit pas forcément tout. Où eux ils perçoivent pas forcément tout de... 'fin nous, de leur environnement, de c'qu'on leur apporte. Et c'est toutes ces petites choses qui vont faire pleins d'incompréhensions, et qui vont... 'fin, des fois faire ressurgir d'autres problème... Générer ce refus, ce refus et ce rejet. J'pense qu'il vient tout simplement d'incompréhensions, et dans les choses qu'on apporte dans les choses..., comment ils comprennent, comment ils vont l'interpréter, comment ils se le représentent... »*

P1.3, Cassel

*« Mais le public MNA justement avec ce côté primordial de barrière de la langue et barrière culturelle surtout, fait qu'il y'a vraiment plus de réticences. » P1.3, Cassel*

#### **4. Un manque de dispositifs ambulatoires adaptés**

L'absence d'accès à des dispositifs ambulatoires efficaces est à l'origine d'une entrée dans les soins tardive, fréquemment sur modalité de l'urgence, et d'une absence de continuité de soins à la sortie d'hospitalisation.

##### **a. Un retard d'accès aux soins psychiatriques**

Un retard d'accès aux soins multifactoriel est ainsi décrit, et ce malgré un repérage de signes précoce.

*« Là où on a déjà des signes on se dit c'est le bon moment on va pas attendre que ça se dégrade, allons y tout de suite et le temps qu'on arrive à justement, à engager cette discussion que le jeune accepte, bah encore une fois c'est le temps pour, cette temporalité différente fait que... Plus le fonctionnement du CMP qui est différent fait que bah... On a du mal à se croiser quoi. » P2.2, Douai*

Les caregivers pointent aussi des difficultés à se faire entendre par les soins psychiatriques lorsqu'ils leur rapportent des inquiétudes progressives concernant la santé psychique de



certaines MNA. Il existe une réactivité lente des soins psychiatriques face à leurs alertes pourtant répétées.

*« C'est le voir rapidement oui, mais le faire entendre, c'est ça qui est compliqué. »*

*« [...] on a eu un cas M et on a mis beaucoup de temps à prendre le service hospitalier et le service concerné a mis beaucoup de temps à remarquer qu'on était en grande souffrance je trouve. » P2.3, Douai*

Ce retard d'accès aux soins peut être à l'origine de dégradations cliniques importantes chez les MNA, auxquelles assistent de manière impuissante les caregivers.

*« Ce qui est dur pour nous en tout cas en plein milieu de tout ça, c'est de voir la dégradation. » P2.3, Douai*

*« [...] j'suis un peu en colère en tout cas, en regard de la souffrance de ce jeune, qu'on perçoit, qu'on évalue tous, de la façon dont il se dégrade et physiquement, et psychologiquement [...] » P3.3, Seclin*

Face à ces difficultés d'accès aux soins et tant que la symptomatologie des MNA le permet, les caregivers se voient obligés de temporiser leurs situations cliniques en interne avec l'intervention de leurs psychologues, ou en faisant appel à des partenaires de soins extérieurs comme les médecins généralistes.

*« Sinon moi je gère, à mon niveau je gère y a plein de situations qui sont un peu limites, bon bah on va les voir et puis c'est bon on va se débrouiller comme ça, le médecin proposera peut être de l'Atarax, on va gérer on va essayer de bidouiller un peu histoire de temporiser de pas engorger les CMPs. » P2.2, Douai*

### **b. Une entrée dans les soins sur modalité de l'urgence**

L'accès aux soins psychiatriques se fait lorsque l'état clinique des MNA atteint une telle gravité, qu'il devient alors nécessaire d'effectuer une hospitalisation d'urgence. Ainsi, l'entrée

dans les soins est déclenchée par la survenue d'une crise, de troubles du comportement majeurs ou d'une situation d'urgence extrême.

*« Le moment vraiment où y a eu quelque chose qui était posé, où on a vraiment su que le jeune était pris en charge, c'est le moment ou soit, le jeune tombait parce que ça faisait deux semaines qu'il mangeait plus. Ou soit le jeune faisait l'alerte à la bombe au niveau... au niveau... 'Fin vraiment quand c'était au niveau de l'urgence extrême, quand il était arrivé au bout de la chose et au bout de ce qu'il pouvait faire. F c'est pareil. C'est le jour où il avait décaroché, qu'on s'est réveillé le matin qu'il... 'Fin qu'il a mis des excréments partout sur son mur, qu'il était vraiment arrivé dans une phase euh... ou c'était euh... C'était vraiment au niveau de l'urgence, qu'il y a une prise en charge qui a été faite...» P1.3, Cassel*

De même, les équipes font appels aux soins d'urgence pour les MNA présentant des troubles graves, qu'ils ne parviennent plus contenir sur la structure. Ce sont aussi les troubles psychiatriques les plus bruyants qui bénéficient d'une entrée dans les soins psychiatriques.

*« Donc moi les, les fois où j'ai pu solliciter et où on a du solliciter en urgence, c'était pour des situations qui étaient assez extrêmes, avec des comportements euh... Un jeune qui se roule par terre parce qu'il a mal, il a mal, tout le corps lui fait mal euh... Ou alors, j'devais aller constater dans la douche, qu'il y'a avait un gaz de mort qui sortait des tuyaux. » P3.4, Seclin*

*« Puisque la plupart du temps, c'est malheureux, mais au vu du nombre, c'est celui qui explose... qui d'un seul coup, où y'a la lumière dessus et "oui faut mettre un suivi et ceci et cela". » P1.2, Cassel*

La constatation des troubles lors des évaluations psychiatriques aux urgences, permet aussi l'hospitalisation en urgence en psychiatrie.

*« [...] mais effectivement il a fallu qu'il détruise tout aux urgences. Il a détruit tout, il s'est masturbé devant les infirmières (P2.3 coupe : devant une éduc aussi) devant*

*une éducatrice, mais ça ça avait pas eu d'impact. [...] » P2.2, Douai*

*« Donc le fait qu'il puisse voir, bon bah là c'est tout de suite direct il a été transféré en psychiatrie mais nous on l'avait dit tout ça, tout ça avait déjà été observé en fait. » P2.2, Douai*

A l'inverse, l'accès aux soins est également refusé devant la négation d'indication aux soins psychiatriques, ou bien l'absence de critères d'urgence tels que l'expression d'idées suicidaires à l'entretien.

*« Dans l'intervalle il a quand même fait un petit passage aux urgences, y a pas eu de suite derrière malgré les éléments qu'on avait donné. Là encore ça a été traité comme « Bon ok il a pris un couteau il a agressé l'autre, c'est pas médical » P2.2, Douai*

### **c. Alternance d'entrées et sorties d'hospitalisations**

Les caregivers décrivent parallèlement à la symptomatologie, la répétition de périodes d'hospitalisation entrecoupée de réintégration au sein de leur structure d'accueil.

*“Donc c'est qui fait que le jeune, voilà, il a une phase où ça va un petit peu mieux. Il remonte un petit peu sur une pente voilà, on nous le renvoi. Une semaine après (sifflement), il rechute. Il repart, il revient et... On va rentrer dans un autre cercle vicieux” P1.3, Cassel*

Ces hospitalisations répétées s'inscrivent au sein de difficultés à établir des relais ambulatoires efficaces avec les soins psychiatriques. L'impossibilité d'un travail de prévention amène à de nouvelles dégradations cliniques ou la récurrence de situations de crise.

*« On ne peut pas faire de prévention en fait avec le CMP, c'est impossible, en tout cas là aujourd'hui on y arrive pas. » P2.2, Douai*

*« [...] il était dans des excès de violence, la mise en danger permanente, hein parce qu'il se mettait en danger, ce qui est dommage c'est qu'il faisait appel, il allait très*

*loin il passait à l'acte, en définitive, dans tous les niveaux il aurait pu aller encore plus loin, alors je jette surtout pas la pierre, mais c'est bête parce qu'on perd du temps, on perd du temps alors que un soin qualitatif comme je disais tout à l'heure ça peut aider, mais après y a peut-être pas assez de place, pas de ceci pas de cela je sais bien. » P2.3, Douai*

Il est fréquent que les troubles psychiatriques observés dans la structure s'apaisent durant l'hospitalisation de par la contenance du milieu médical, ou la mise à distance des facteurs de stress environnementaux aux MNA.

*« [...] il était dans une structure cadrante, il était jamais seul, il avait pas à faire de démarches, il avait pas à faire de courses, pas à faire à manger. »*

*« [...] il venait de passer 3j idylliques en psychiatrie, donc on s'est dit que c'était contenant que c'était un lieu rassurant » P2.2, Douai*

L'absence de troubles psychiatriques observés rend alors difficile l'établissement d'un diagnostic et peut amener le psychiatre à prononcer une sortie d'hospitalisation rapide. Le retour à l'environnement habituel peut être alors marqué par la réapparition immédiate des troubles psychiatriques dès la sortie.

*« [...] le médecin qui le voyait dans ce cadre-là il se disait « bah il sort, y a pas besoin de le garder au final », puis dès qu'il ressortait, une fois, on est sortis, on est allé le chercher avec le cadre de service on est sorti on est allé se chercher à manger, comme il était sortant on s'est dit « on va aller chercher à manger » juste le temps d'aller acheter à manger il s'était déjà battu alors qu'il venait de passer 3 jours idylliques en psychiatrie, donc on s'est dit que c'était contenant que c'était un lieu rassurant, y avait pas de... puisque en fait, lui il se sentait très agressé persécuté par les autres jeunes de couleur, et on pense qu'il y avait des reviviscences en fait quand il croisait là des jeunes il pensait qu'il allait être à nouveau frappé, à nouveau agressé, ce qu'il ne vivait pas du tout quand il était à l'hôpital [...] P2.2 Douai*

## 5. Des facteurs favorisant l'accès aux soins

### a. Un repérage précoce systématique et coordonné des troubles à l'arrivée des MNA

A l'arrivée dans le dispositif, les caregivers bénéficient d'outils permettant d'identifier de potentiels signes de souffrances psychiques chez les MNA. Les rapports des équipes précédentes ou les documents de l'EMA peuvent par exemple transmettre des informations relatives au parcours et à l'état psychique du/de la MNA.

*“ Déjà j'ai besoin d'informations. Ou je vais chercher l'information ? Sur les relais des sites précédents. Sur ce qui a déjà pu être vu, au quotidien, par les précédents.”*

*P1.2, Cassel*

*“Déjà on a quand même un rapport effectué au préalable par rapport à une évaluation suite à leur arrivée sur le territoire, donc y a ce qu'ils ont vécu durant leur périple, ou est-ce qu'ils en sont plus ou moins aujourd'hui.” P2.3, Douai*

Dans un second temps, l'arrivée est également propice à la réalisation d'un bilan de santé globale, mettant parfois à jour le vécu de souffrances psychiques révélées à travers le corps.

*“Un des trucs également pour pouvoir y arriver ou autre par rapport parcours, c'est aussi de... c'est bête, mais c'est de... pouvoir faire un premier gros bilan de santé. Euh puisque forcément, quelque chose qui a mal cicatrisé déjà, même si le jeune montre pas forcément son corps ou autre. Puisque y a des jeunes concrètement, qui sont criblés sur les bras euh... Y a aussi des choses, des maladies qui peuvent s'attraper, des hépatites par exemple ou des choses comme ça. Qui euh... ou du coup derrière ça peut-être quelque chose qui a mal cicatrisé. Et derrière du coup, « ben t'as des cicatrices, qu'est ce qui t'es arrivé ? ». Ben ça peut ouvrir à la discussion.” P1.2, Cassel*

Pour les caregivers, il est aussi important que chaque MNA arrivant sur le dispositif puisse rencontrer une première fois le/la psychologue de leur équipe. Il s'agit de permettre les

présentations mutuelles, l'identification du professionnel, et d'initier un premier repérage via des questionnements autour de la santé globale du.de la MNA.

*“A ce moment là c'est vraiment une évaluation très globale, et c'est le moment de faire connaissance, et qu'ils sachent qui je suis, et qu'ils peuvent après, si besoin est, faire un autre entretien en tout cas, d'évaluation plus approfondie. L'idée c'est vraiment déjà de faire connaissance, et d'identifier.”* P3.3, Seclin

*“P3.3 fait déjà un premier état des lieux, euh... reprend des choses qui sont déjà poser au niveau de l'entretien d'accueil, mais qui sont autour de euh... « Est-ce que tu dors bien, est-ce que t'as des douleurs ? », qui sont aussi une façon de... venir pouvoir pointer peut-être effectivement un... un mal-être.”* P3.2, Seclin

Le lien aux différents partenaires gravitant autour des MNA, permet également de rassembler des indices complémentaires concernant leur état de bien-être. Dans ce cadre, les médecins généralistes ou les professeurs agissent en sentinelles en interpellant les équipes.

*« Euh... concrètement, ils passent beaucoup plus de temps avec leurs professeurs qu'avec moi, donc ce que renvoi l'école. Quels sont les liens en fait ? Donc faire du lien avec les partenariats autour. »* P1.2, Cassel

*« [...] on a quand même beaucoup de plaintes, (en s'adressant à P1.2) t'en as parlé tout à l'heure, au niveau du corps, somatiques chez les jeunes. C'est aussi un bon critère, tu l'as dit, de repérage, de signes de quelque chose qui peut peut-être ne pas aller chez les jeunes... Donc forcément, là c'est orienter et dire bon là, « Tu vas aller voir le médecin, puisque tu as une plainte donc tu vas aller voir le docteur ». Donc y'a certains médecins,... là je pense que le docteur là, il savait interpellier l'équipe, ou bien dire si il y avait quelque chose qui était pas adapté, ou pas. »* P1.1, Cassel

**b. La prise en compte des interactions individuelles et groupales des MNA dans le repérage**

De leur côté, les caregivers entretiennent des liens de proximité avec les MNA. La relation s'établit selon différents facteurs : affinité, rapport à l'autre sexe, rapport au métier ou à la posture,...

*« [...] les éducateurs qui avaient la casquette euh, administrative, j't'engueule si tu vas pas à l'école (P5 : acquiesce et rit), 'fin tout ça les synthèses tout ça, le côté éducatif, administratif. Alors qu'à côté de ça, la maîtresse de maison c'était la maman, c'était une figure qu'ils avaient plus ici en France. » P3.1, Seclin*

En ce sens, chaque relation est unique et informative, et c'est le partage des différents regards de l'équipe qui permettra d'effectuer un recueil complémentaire sur le.la MNA.

*« Moi dans le fonctionnement, dans le repérage au niveau de l'équipe, c'que j'trouve intéressant c'est la question de comment on fait circuler les observations, et comment la parole est prise en compte. On sait très bien que, c'est pas parce qu'on est référent qu'on aura plus de détails qu'un autre et que euh, la relation se construira. Parce que y'a des questions d'affinités. » P3.4, Seclin*

*« C'est pour ça que j'regrette euh, la question de, d'une maîtresse de maison ici, parce que, mais alors ça serait du bonheur. Parce que, effectivement on vit pas les mêmes choses. On a eu une dame qui faisait du ménage ici, qui venait pour l'entretien juste des locaux. Et le temps qu'elle pouvait passé avec l'un des jeunes S, qui euh... c'était très compliqué, il était très isolé. Le temps qu'elle pouvait passé sur des choses, moi j'l'entendais et c'était du bonheur, c'était parfait. En fait elle m'amenait des informations. » P3.4, Seclin*

Les caregiver s'adaptent également aux différentes modalités d'hébergement. Le repérage sera ainsi différent sur une structure en appartement autonome où des temps individuels avec le .la MNA sont possibles mais ponctuels, qu'en hébergement collectif, où le caregiver sera moins disponible de par le groupe, mais aura un contact quotidien avec le.la jeune.

*« Voilà donc on a le coté collectif, mais on va avoir plus de difficultés à faire de l'individuel. J'vois que mon collègue a plus de facilités à faire de l'individuel, mais il est plus facilement sur un service d'appartement. On en avait quelques uns ici avant. On va passer du temps sur l'appartement, c'est des p'tits groupes. 'Fin nous c'était des groupes de 4, de 3. Donc là, on a le temps de discuter avec tout le monde, on a le temps de voir tout le monde » P1.3, Cassel*

De la même manière, place et relations du.de la MNA au sein du groupe de pairs sont utiles au repérage de signes de souffrances psychiques, selon les variations des dynamiques de groupes.

*« Ou au contraire, ça va être des fois... 'fin facilitateurs oui et non, parce que... On va justement voir des jeunes s'isoler directement. Y a des jeunes où, si le groupe est en majorité... 'Mettons, là en ce moment, c'est la vibe afghans, donc on a beaucoup d'afghans. Et 'mettons si y a un jeune dans le groupe qui se met en retrait, on va directement le repérer. Parce que là en ce moment, il sont 15-20, et que sur les 15-20 ils sont toujours ensemble et y a des p'tits groupes à l'intérieur, y'a des dynamiques. Mais si y'en a un qui est à l'écart, on va le repérer beaucoup plus facilement, que si ils sont 3, et qu'il y en a 1 qui est à l'écart. » P1.3, Cassel*

Les caregiver sont aussi alertés par le groupe lorsqu'un.une MNA présente des signes de souffrances ou des comportements inhabituels. Un changement d'attitude du groupe envers un.une MNA peut être également révélateur.



*« Et des fois c'est justement des jeunes qui vont nous alerter entre guillemets. Dire « Celui-là attention, parce qu'il y a vraiment quelque chose qui va pas ». Ou euh... des fois ça va vraiment passer par autre chose. Ils vont dire euh... « Lui il faut qu'il parte, euh... il faut qu'il parte. Parce que... parce qu'il est fou ». P1.3, Cassel*

Le partage d'une langue commune entre les MNA et les caregivers permet aussi une facilité de communication, d'expression des émotions et des plaintes, facilitant donc le repérage.

*« Euh Mali, Cote d'Ivoire, pays subsaharien ou c'est plus francophone. J pense qu'on avait plus de facilité, à repérer quand y'avait des choses qui allaient pas... On avait beaucoup plus de facilités à repérer pleins de choses. A repérer des souffrances, à repérer... 'Fin déjà à comprendre. A comprendre les projets des jeunes, à comprendre c'qu'ils font ici, par où ils sont passés... » P1.3, Cassel*

C'est aussi avec l'expérience acquise au fil du temps, que les caregivers construisent et affinent leurs regards et leurs connaissances à l'égard des MNA, permettant un repérage plus efficace. Ainsi, ils sont plus à même de peser la gravité de certains signes, ou d'augmenter leur vigilance auprès de l'invisibilité de certains MNA.

*« Y a beaucoup de ressenti des professionnels aussi. Et ça j pense que c'est un bon signe aussi de repérage. » P1.1, Cassel*

*« Y'a des choses qui sont de l'ordre, beaucoup de l'expérience aussi... C'est à dire que là y'a l'expérience euh... Maintenant vous savez dire, "Tiens là, y'a ce signe là, mais bon, c'est un jeune qui vient d'arriver, y'a tel ou tel... Il a su dire qu'il était passé par tel ou tel endroit. Au pays il y'avait déjà des choses qui étaient compliquées pour lui... ». Donc je pense que là, vous arriver à dire, « Bah là, on sait que c'est des*

*signes de détresse, ou des choses qui sont pas bien. On va voir aussi avec le temps quelle tournure ça va prendre. » P1.1, Cassel*

**c. Une temporalité d'action lente et nécessaire à l'instauration de la confiance**

Les caregiver évoquent à plusieurs reprises l'association de notions essentielles en amont du soin. Pour eux, il s'agit d'abord d'établir une relation de confiance stable avec le.la MNA. Cette confiance progressive se tisse dans le temps, lors de moments informels, qui sont sources d'échanges et parfois de confidences pour les MNA.

*« [...] souvent le jeune va plus se livrer, ou des fois par brides, dans des moments informels, où on n's'y attend pas du tout. » P3.5, Seclin*

*« [...] moi j'me suis aperçue que plus c'était fluide et naturelle, mais un peu comme dans les foyers, où au final, oui j'étais certes psychologue, mais je goûtais avec les jeunes... » P3.1, Seclin*

Cette confiance s'inscrit dans une temporalité respectant celle du.de la MNA, où il est nécessaire de ne pas forcer aux soins et lui laisser du temps.

*« Bah, nous ça passait plus par le lien en fait, on lui laissait du temps. Il voulait pas, c'est pas grave, une deuxième fois, c'est pas grave. En fait, nous notre politique c'était ne pas brusquer le jeune. (Un participant acquiesce) « Tu veux c'est bien, tu veux pas, c'est pas grave ». Même si on a fixé un rendez-vous, si on doit le refixer dans six mois, c'est pas grave, voilà... On attend. Ne pas brusquer le jeune » P3.1, Seclin*

L'orientation et l'abord du soin se fait fréquemment par le biais des caregiver. L'instauration d'une confiance mutuelle avec le.la MNA est donc une première étape préliminaire essentielle dans le cheminement vers les soins.

*« Et puis progressivement, on essaye d'amener vers ça et moi aussi j'amène vers ça. Donc moi aussi, j'amène vers ça, mais parce que je pense aussi, je les connais et que y'a quelque chose qui a pu se faire. » P1.1, Cassel*

Il s'agit ensuite d'en expliquer au.à la MNA le cadre et l'intérêt, afin qu'il.elle adhère au projet futur. Toujours dans une démarche d'accompagnement et de sécurisation du.de la MNA, le caregiver peut effectuer le lien entre le.la MNA et les professionnels de soins lors des rendez-vous.

*« [...] j'essayais à ce qu'il y ait une première rencontre avec toi, pour euh... « voilà cette personne elle sait mieux s'expliquer son travail que moi, c'est une personne neutre, c'est des choses qui restent dans l'anonymat, où tu peux discuter tranquillement, etc ». Parce que c'est aussi important pour eux l'anonymat, sur la neutralité. » P1.2, Cassel*

*« [...] avec toute une phase d'explications, de travail avec lui, de pouvoir lui faire rencontrer quelqu'un heu... où il allait pouvoir parler de tout ce qu'il voit, et que nous on ne perçoit pas (souffle) 'fin voilà et en faite il faut y aller petit a petit et beaucoup ramer » P3.4, Seclin*

Un accès aux soins réussi semble conditionné par une temporalité lente, permettant l'instauration de la confiance et la compréhension progressive du.de la MNA.

*« Très souvent, chaque fois qu'on a euh... pu amener vers le CMP ado, j'pense que ça a été par étapes la aussi, hein ça prend du temps... » P1.1, Cassel*

Les expériences de soins antérieures vécues par le.la MNA peuvent également permettre un accès plus facile aux soins, tout comme l'évolution de sa compréhension avec le temps et son expérience propre.

*« Forcément, les premières expériences avec le soins sont aussi très importantes. » P1.1, Cassel*

« 'Fin, parce que vous demandiez en terme de solution, ça va être l'expérience. En fait il va falloir qu'à un moment le jeune il passe par cette phase, où il va pas bien comprendre ce qu'il se passe, où il va falloir qu'on lui explique... Et tout doucement, il y a une question d'évolution aussi [...] » P1.3, Cassel

#### **d. Réactivité et flexibilité des dispositifs ambulatoires**

Certains services seraient plus facilitants et permettraient une meilleure accessibilité aux soins, du fait de démarches simplifiées, ou d'une flexibilité plus large dans les limites d'âges des CMP. Selon les territoires, certains CMP de psychiatrie de l'adolescent ou adulte sont clairement identifiés, comme offrant l'opportunité de déclencher plus facilement la mise en place de suivis.

« Concrètement, y'a des services qui sont plus facilitant. [...] Bon alors le CMP ado sur Dunkerque, on a la chance de l'avoir... Je dis c'est une chance parce que, au final quand même, même si en CMP ... Alors, j'pense que c'est ça aussi qui fait, y'a toujours les délais d'attente... Mais malgré tout, j'pense que le CMP ado, à chaque fois qu'on a pu les solliciter. On a toujours le premier entretien comme sur Hazebrouck hein. Alors j'pense que sur le CMP Hazebrouck, alors là c'est le secteur adulte, c'est pas la même chose non plus, voilà. Euh... Dunkerque, très clairement on travaille avec le CMP ado parce que effectivement, eux ils acceptent d'accueillir et puis d'aller au-delà hein... voilà des 15 et des 16 ans. » P1.1, Cassel

« C'est des jeunes pour qui je pense que ça peut être facilitateur, de pas avoir une trop grande démarche à faire [...] » P2.2, Douai

#### **e. Une coordination efficace entre soins et structure éducative**

L'accès aux soins semble conditionné par l'existence d'une bonne coordination entre les partenaires du sanitaire et du social. La connaissance mutuelle entre les institutions favorise l'instauration d'un lien de confiance, et une meilleure réactivité des soins face aux problématiques des MNA.

*« [...] voilà faut apprendre à se connaître et que quand on se connaît, ben oui il y a plus de facilités en tout cas, on est d'avantage entendu heu.. en tant que professionnel aussi et on peut faire davantage entendre heu... peut être la souffrance des jeunes qu'on accompagne, en tout cas c'est ma perception. » P3.3, Seclin*

L'orientation vers les soins psychiatriques par un partenaire médical comme le médecin généraliste peut être également vu comme facilitateur de l'accès aux soins.

*« C'est à dire que les médecins peuvent être aussi des bons relais, les médecins généralistes. » P1.1, Cassel*

La collaboration et la coordination des différents partenaires permet la réflexion de prises en charge plus optimales auprès des MNA, en fonction des possibilités réelles de la structure d'accueil.

*« Et euh, il a été décidé que ce jeune bénéficierait d'un accompagnement psychologique d'ici deux mois, et euh, en attendant, l'infirmière du CMP va le rencontrer régulièrement, en alternance avec les moments où je vais rencontrer ce jeune. Donc y'a quelque chose qui a pu se mettre en place. » P3.3, Seclin*

Les caregiver semblent évoquer qu'un passage en hospitalisation peut parfois déclencher la mise en place de soins ambulatoires réussis. Ils relatent notamment des expériences positives par le biais d'équipes mobiles assurant le relais des soins à la sortie, puis une orientation sur le CMP.

*« [...] la fois où ça a fonctionné, et tant mieux pour ce jeune c'est parce qu'effectivement, y'avait eu une hospitalisation et, à la sortie d'hospitalisation là y'a*

*eu un travail qui a pu se faire avec ce jeune... » P3.2, Seclin*

*« Oui, y'a une équipe mobile au CMP de Seclin qui intervient pour prévenir les hospitalisations et ensuite, en sortie d'hospitalisations, ils passent régulièrement en tout cas. Et pour délivrer le traitement y'a un passage infirmier, et pour être présent auprès des patients... Mais il faut qu'il y ait une hospitalisation. [...] Euh... ensuite prise en charge par le CMP, euh, donc le jeune avait ses rendez-vous, avec des rencontres assez régulières au CMP euh, voilà... J'veux dire, la-dessus y'a eu euh, y'a eu des choses enclenchées, et un travail qui a été mené jusqu'à ce que le jeune décide lui-même d'arrêter, ben euh, en accord avec le CMP.. [...] C'est un exemple de réussite.» P3.3 et P3.4, Seclin*

Les caregiver prônent également une unité d'équipe et un discours commun à l'égard de la nécessité du recours aux soins.

*« Le temps, le discours commun, éducatif, et le mien. J'pense que quand on est sur la même donnée par rapport à certains jeunes, dont on sait que ça serait bien, et que ça va s'engager sur du long terme... C'est de se dire, bah voilà, moi j'ai ce discours, et je sais que mon collègue éducateur à le même discours. Donc le jeune va être confronté aux mêmes choses, et donc va percevoir que oui, c'est peut-être vers ça qu'il faut aller. Donc on l'accompagne aussi la dedans. » P1.1, Cassel*

## **PARTIE 4 : DISCUSSION**

### **I. Discussion**

L'analyse des focus group nous permet donc de souligner différentes notions que nous allons explorer sous éclairage de la littérature : les difficultés d'identification des signes de souffrance psychique des MNA, puis la confrontation à de nombreuses barrières institutionnelles associées à un manque de dispositifs de soins adaptés aux besoins

spécifiques des MNA, qui présentent notamment des différences culturelles et langagières sources de limites d'accès aux soins.

L'initiative d'orientation vers les soins psychiatriques repose essentiellement sur les caregivers, qui sont en première ligne de l'accompagnement des MNA (40,53,88,98). Il est cependant rare que les MNA sollicitent d'eux-mêmes une demande de soins psychiatriques, ou verbalisent spontanément leurs souffrances psychiques (37). Les caregivers jouent donc un rôle essentiel dans le dépistage et l'identification des signes de souffrances de ces jeunes (89,95,98). Ils se confrontent cependant à plusieurs obstacles limitant la mise en évidence de ces troubles (54,84,88).

Les manifestations de signes de souffrances psychiques des MNA sont en effet complexes et variables, nécessitant une certaine expertise face à des symptômes passant parfois inaperçus, comme peuvent l'être l'expression de troubles internalisés ou de plaintes somatiques (53,88,99). Face à ces difficultés les participants regrettent un manque de formation et de supervision en psychiatrie limitant l'efficacité et la qualité de leur repérage (40,89,98), même si (37,98) ils en acquièrent une certaine expérience au fil du temps (100).

De même, ils souffrent de par les difficultés institutionnelles et les obligations de leurs missions éducatives, d'un manque de disponibilité pour effectuer un repérage optimal auprès des MNA. En effet dans notre étude, il ressort à plusieurs reprises que les effectifs de caregivers sont insuffisants sur les structures. Les participants sont ainsi par défaut mobilisés auprès des MNA présentant les problématiques cliniques les plus visibles et graves, majorant les difficultés de repérage pour les troubles plus discrets. De même, la temporalité d'urgence associée aux préoccupations administratives de l'insertion et de la régularisation semble limiter les possibilités d'expression de la souffrance chez les MNA et le repérage de ces signes par les caregivers (100). Ainsi accaparés par cette « *course contre la montre* » avant la régularisation à la majorité (99), la santé mentale n'est souvent pas mise en avant comme prioritaire chez les

MNA (56). Ces difficultés de repérage en lien avec les impératifs socio-éducatifs, tout comme le manque de formation, sont également pointés par les travailleurs sociaux de la protection de l'enfance en population générale (75).

L'existence d'enjeux relationnels provoque également une certaine retenue des MNA face à leurs caregivers, inhibant l'expression d'un potentiel vécu traumatique ou l'existence de souffrances. De par l'attribution d'une fonction parentale substitutive aux caregivers, les MNA peuvent avoir un sentiment de redevabilité et redouter de susciter de la déception chez leurs caregivers (101).

De nombreuses barrières institutionnelles sont ensuite pointées par les caregivers comme limitant l'accès aux soins psychiatriques. On note parmi elles : la longueur des délais d'attente et des démarches dans les CMP, la saturation des systèmes de soins (84,98), la sectorisation inadaptée à la mobilité et l'instabilité territoriale des MNA dans leur prise en charge éducative, entraînant des difficultés d'inscription dans le temps auprès des partenaires de soins (40,98). Cette dernière notion est aussi partagée par les adolescents en population générale sous la protection de l'enfance, soumis tout autant à des variations de leurs lieux d'hébergement (78). L'accessibilité au droit commun des MNA est également impactée de par l'absence de structure ambulatoire adaptée à la tranche d'âge adolescente des 15-16 ans, à mi-chemin entre les structures de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent et celles de psychiatrie adulte, subissant ainsi une double exclusion (98). Certaines structures de soins peuvent d'ailleurs émettre des suspicions quand à la véracité de leur âge, tombant dans « *l'épreuve du soupçon* » (99). L'accessibilité à un suivi reste aussi très inégale selon les territoires, variable selon les fonctionnements ou les compétences des équipes y travaillant (99). Les caregivers notent également un manque de formation chez les soignants concernant les problématiques cliniques adolescentes rencontrées par les MNA en situation transculturelle, et qui sont à l'origine de réticences de prise en charge ou de réorientations (40,85,89,98,99).



Selon Dr Radjack, « *la barrière de la langue, la distance culturelle entre clinicien et patient, ainsi que l'inadéquation des compétences transculturelles* » sont des « *facteurs majeurs d'exclusion des soins de qualité pour ces jeunes* » (99). Les difficultés de compréhension et de communication en lien avec la barrière linguistique sont inévitablement pointées comme facteur limitant l'accès aux soins par la littérature (54,84,102). Comme dans notre étude, MSF souligne dans son rapport (98) le recours très hétérogène à l'interprétariat dans les structures de soins, ce qui nuit à une évaluation efficace de la symptomatologie, réduit la possibilité d'expression du.de la jeune, et entraîne des difficultés d'instauration du lien de confiance entre soignant et MNA (40,82,89,99). L'absence d'une alternative de compréhension mutuelle partagée avec le soignant est d'ailleurs un motif de désengagement des soins du côté des MNA (56). Par ailleurs, les caregiver rencontrent en amont les mêmes difficultés sur les structures d'accueil : l'identification des signes de souffrance, l'établissement d'une relation de confiance et l'orientation vers les soins sont impactés par l'absence d'une communication fluide.

De plus, les différences culturelles complexifient l'accès aux soins. L'expression d'émotions ou de symptômes culturellement codés peuvent mettre à mal l'identification de signes de souffrances (84,99), ou susciter des défauts d'interprétation à l'origine de biais culturels, voire même engendrer des risques d'erreurs diagnostiques au sein des soins (85,87,98). Les MNA détiennent également leurs propres croyances à l'égard de la santé et des maladies mentales, alimentées par la religion, leur culture, leur éducation, ... Il est ainsi fréquent qu'ils n'adhèrent pas aux modèles explicatifs occidentaux de leurs troubles, ni à leurs traitements, imputant des causalités propres à leurs représentations culturelles et religieuses, et préférant la recherche de médications traditionnelles connues (87). Dans notre étude, les MNA associent également des représentations négatives aux troubles et aux soins psychiatriques. P.Majumder et coll. décrit à cet égard l'utilisation par les MNA d'un vocabulaire péjoratif synonyme d'exclusion et soulignant

bien cette stigmatisation (82). Multifactorielle, cette vision si elle n'est pas déconstruite participe bien évidemment aux réticences et à la méfiance des MNA à l'égard des soins (40,56,61,82,85,89). Cependant, la stigmatisation des troubles et des soins psychiatriques est aussi partagée par les adolescents en population générale (67–69). Dans le cas des MNA, elle serait donc alimentée par les différences culturelles et communes à l'âge adolescent. De plus, on notent des difficultés à se repérer dans l'organisation d'un système de soins culturellement éloigné du leur, et dont les intervenants en santé mentale (psychologues, psychiatres) sont parfois méconnus, voire inexistants de la culture d'origine (82,85,98). Par ces différents aspects, la proposition de soins psychiatriques ou psychologiques peut être incomprise, perçue comme inutile, voire même effrayante (56), si un travail d'explication et de sensibilisation dans la langue natale du/de la MNA n'est pas réalisé préalablement.

Plusieurs études soulèvent en complément le manque de dispositifs de soins psychiatriques externes adéquats aux MNA (40,82,86,98) et leur sous-utilisation (53). Coïncidant avec la littérature, en découlent différentes conséquences rapportées par les participants de notre étude. Il existerait un réel retard d'accès aux soins (84), et ce malgré la tentative de prévention par une orientation précoce sur les dispositifs ambulatoires. Les caregivers rapportent des échecs répétés et leur sentiment d'impuissance et d'incompréhension face à l'absence de réactivité des soins psychiatriques à leurs appels (98). En conséquence, les MNA présentent selon les participants des dégradations cliniques au fil du temps (40,84) et arrivent aux soins lorsque la gravité de leur symptomatologie nécessite le recours à l'urgence (84). Ainsi, seules les présentations les plus graves sont portées à la connaissance des soins (53). Plusieurs études montrent par exemple la surreprésentation des MNA au sein des services d'urgence, dans des passages à l'acte suicidaire ou des états d'agitation extrême (86,102). Les urgences deviennent ainsi par défaut le premier contact qu'ont les MNA avec les soins psychiatriques et une voie d'accès à une prise en charge trop longtemps différée (99). La

littérature retrouvait également au sein de la population générale prise en charge par la protection de l'enfance, des difficultés similaires à celles évoquées par nos caregivers (76).

La réussite des soins est enfin conditionnée par la combinaison d'un ensemble de facteurs permettant dès l'arrivée : précocité du repérage, et instauration du lien de confiance avec le/la MNA. La formulation d'une demande et l'adhésion à un projet de soins s'inscrivant dans une temporalité lente, il paraît nécessaire d'offrir réactivité et adaptabilité aux problématiques des MNA et des caregivers lorsque l'accès aux soins est demandé, tout en favorisant la coordination mutuelle des différents partenaires, en vue d'ériger une prise en charge adaptée dans le temps.

L'importance de l'identification des signes de souffrances précoces est bien décrite et les caregivers en sont les premiers acteurs (98,103). Une vigilance est portée dès l'arrivée dans le dispositif, s'appuyant sur les premiers entretiens psycho-éducatifs, ou à travers différents outils susceptibles de révéler des troubles de manière détournée (bilans de santé, évaluations antérieures). L'appui et la coordination avec les partenaires extérieurs sont ensuite essentiels, afin que chaque professionnel gravitant autour du/de la MNA puisse devenir acteur du repérage, tant au sein milieu scolaire/professionnel que par le biais des médecins généralistes souvent impliqués de par les intrications psycho-somatiques (98).

La prise en compte des interactions qu'entretient le/la MNA avec ses pairs ou avec les professionnels de la structure permet également d'obtenir des informations. Le groupe de pairs peut agir aussi comme vecteur d'alerte à la santé psychique de chacun (98). Comme le signale le guide de l'ANESM (103), il s'agit également « *de s'appuyer sur les compétences multidisciplinaires à disposition* » de la structure, à travers les expériences des relations que nourrit le/la MNA avec chaque caregiver (98), et qui seront ensuite mutualisées au sein de l'équipe.

Soulignée par notre étude, l'instauration d'un lien de confiance stable entre le.la MNA et son caregiver est une condition préalable avant d'envisager l'engagement dans des soins psychiatriques hors contexte d'urgence. Le guide de l'ANESM parle de « *confiance progressive* » s'appuyant sur une disponibilité et une « *continuité relationnelle* », fondée sur les besoins du.de la jeune et accordant de la crédibilité à sa parole, son individualité et à sa culture (103). Le caregiver est bien souvent le premier référent stable des MNA, et « *c'est par eux et à travers eux que les jeunes vont découvrir le monde* » (99). Radjack compare d'ailleurs cette figure centrale de l'éducateur.trice à la « *mère suffisamment bonne* » de Winnicott (99). L'éducateur.trice devient « *l'adulte investit du soucis de l'enfant et ses besoins* », et le terme « *caregiver* » prend alors tout son sens : en charge du respect de ses besoins fondamentaux, tout en offrant de l'attention et une relation affective durable pour permettre le développement (104). La création d'une telle relation est essentielle pour que le.la MNA puisse s'autoriser la verbalisation de souffrances, adhérer à une démarche de soins et accorder sa confiance aux soignants (61,98). Comme dans notre étude, Radjack souligne aussi l'importance de respecter la temporalité du.de la jeune (99) et de ne pas forcer à l'engagement des soins (98). Ce travail d'accompagnement s'étire donc sur une lente temporalité, et pourra même se poursuivre par la présence du caregiver aux cotés du.de la MNA lors des premiers entretiens afin d'assurer la continuité du lien avec les soins (98).

Bien entendu, les caregivers de notre étude soulignent que le partage d'une langue commune avec le.la MNA ou l'interprétariat favoriseraient grandement leur travail. Radjack va plus loin en explorant le concept de « *médiateurs-interprètes* », qui au-delà de la traduction, « *facilite les ponts avec le pays d'origine* » et participe « *au partage des représentations culturelles, des concepts, et au dénouement de malentendus culturels* » entre le MNA et son interlocuteur (99).

Les participants de notre étude citent des exemples de réussite d'accès aux soins, conditionnés par la confiance et la qualité du lien entretenu entre la structure et les partenaires de soins, ainsi que la bonne coordination interdisciplinaire de ces différents acteurs. Ainsi la

connaissance mutuelle et l'amélioration de la communication permettraient d'éviter le clivage entre le médical et le social, afin de proposer une démarche cohérente aux MNA (98). L'expérience d'accompagnement par des équipes mobiles semblent également être gage d'une meilleure accessibilité et réussite des soins selon les participants. Certains auteurs pointent la possibilité d'une meilleure collaboration interdisciplinaire et d'un travail en réseau par leur biais, ainsi que l'intérêt de la mobilité des soignants (37).

Ainsi, à travers cette étude, nous avons cherché à mieux comprendre l'enjeu des facteurs influençant l'accès aux soins psychiatriques chez un public particulièrement vulnérable. En regard de la littérature, les résultats de notre étude montrent l'accumulation de différentes limites d'accès aux soins psychiatriques chez la population des MNA, dont certaines semblent partagées par les jeunes en période adolescente, et par ceux pris en charge par les services de protection de l'enfance. De surcroît, les MNA rencontrent des limites plus spécifiques comme celles dues à la migration, aux différences de langage et de représentations culturelles. Ces nombreux obstacles intervenant à différents stades du parcours, nous invitent à repenser l'accès aux soins afin que les MNA puissent mieux s'y investir. MSF dans son rapport de Novembre 2021 sur la santé mentale des MNA pointe différentes barrières d'accès aux soins, puis invite dans ses recommandations : « *au renforcement des capacités d'accueil des MNA au sein du dispositif de droit commun* », « *à améliorer les capacités d'identification et de détection des troubles psychiques des MNA* » et recommande « *l'usage systématique à l'interprétariat professionnel dans la relation de soin* » (98). Dans ce cadre, plusieurs outils à destination des caregivers voient le jour en France pour sensibiliser et optimiser le repérage des signes de souffrances psychiques, et ainsi permettre une orientation aux soins plus précoce (103). Parmi eux on retrouve par exemple le guide faisant suite à l'étude NAMIE intitulé « *Accompagner les mineurs isolés étrangers, Une approche transculturelle* » (99) édité par la Mairie de Paris, le Centre Babel, et la Maison de Solenn, qui donne des pistes afin d'établir une relation de

confiance et d'offrir un accompagnement adapté dans une démarche transculturelle. Dans une optique de prévention et d'empowerment autour de la santé, Médecins du Monde propose depuis 2017 en appui avec le gouvernement des ateliers multidisciplinaires accueillant des groupes de MNA, et permettant entre autre la déconstruction de croyances sur la santé et les soins (105). La réflexion autour de dispositifs ambulatoires voient le jour dans certaines villes comme à Lyon, qui souhaite voir le financement d'équipes mobiles et pluridisciplinaires en santé mentale destinées aux MNA dans un projet organisé par le Fondation ove, sous appui de la métropole lyonnaise et du centre de recherche Orspere-Samdarra (106). Il serait intéressant d'interroger nos pratiques régionales, afin de tendre vers une meilleure accessibilité des soins psychiatriques pour une population qui rencontre actuellement de trop nombreux facteurs limitants.

## **II. Forces, limites et perspectives de l'étude**

Les résultats de notre étude ont été analysés par trois chercheurs différents, ce qui a permis une triangulation des données, afin de limiter les risques d'interprétation personnelle. De plus les focus group ont été menés à échelle locale sur des territoires différents du Nord afin d'obtenir une diversité de réponses et de s'affranchir des spécificités géographiques. L'intérêt de cette démarche permet aussi de dégager des pistes d'amélioration à échelle locale. Les participants interrogés présentaient une diversité d'expériences et de professions afin d'assurer aussi une richesse de points de vue.

Il est évident qu'il serait aussi intéressant d'interroger directement le point de vue des MNA afin de comprendre selon eux ce qui conditionnerait leur accès aux soins psychiatriques. Nous avons ici axé notre choix méthodologique sur la perception des caregivers mais il paraîtrait essentiel de questionner les MNA principal public concerné, au cours d'une autre étude qualitative afin de vérifier s'ils s'accordent avec les caregivers. D'autre part, notre recherche n'est pas, de par son recrutement locale, représentative à l'échelle de la France. Il est ainsi possible

que d'autres pistes concernant l'accès aux soins psychiatriques émergent ailleurs, car il existe des spécificités régionales concernant les dispositifs d'accueil et de soins, tout comme parmi le public des MNA. Il serait donc intéressant d'étendre le sujet de recherche à d'autres territoires, puis à l'échelle nationale afin d'obtenir une vision d'ensemble sur la question de l'accès aux soins psychiatriques des MNA en France.

## **CONCLUSION**

Les MNA représentent une population croissante sur le territoire français depuis quelques années. Ils se distinguent du reste des jeunes pris en charge par l'ASE par un ensemble de vulnérabilités psychiques parmi lesquelles se mélangent le vécu du développement adolescent en contexte de migration et de réinstallation, qui sont fréquemment sources d'exposition à des traumatismes multiples en l'absence de figure de protection et d'attachement sécuritaire. Des troubles psychiatriques variés comme le TSPT, les troubles dépressifs ou anxieux sont fréquemment observés chez les MNA, associant des variabilités d'expression clinique et culturelle sources parfois d'incompréhensions ou d'erreurs diagnostiques. Malgré la prévalence élevée des troubles psychiatriques au sein de cette population, le recours aux soins adéquats est peu fréquent, et l'orientation des MNA se fait essentiellement sur initiative des caregivers.

Notre étude a permis d'identifier l'existence de barrières d'accès aux soins, pouvant expliquer les disparités entre manifestations de troubles psychiatriques et faible représentativité des MNA dans le système de soins. Certaines de ces barrières sont d'ailleurs partagées au sein de la population adolescente générale et par l'ensemble de la population prise en charge par la protection de l'enfance, alors que d'autres sont spécifiques aux MNA. Cumulés, ces facteurs majorent davantage la vulnérabilité psychique des MNA.

Les caregivers rapportent ainsi un manque de disponibilité et des difficultés au repérage des troubles psychiatriques. En tant qu'acteurs de première ligne dans le parcours de soins des

MNA, il serait nécessaire de soutenir leurs compétences afin de favoriser le dépistage et l'orientation précoce des troubles psychiatriques, tout en offrant une réactivité du système de soins. De même, une meilleure coordination et la connaissance mutuelle entre travailleurs sociaux, partenaires et corps médical favoriseraient la réussite des parcours de soins, tout en permettant l'interdisciplinarité. L'accès aux soins est également marqué par un ensemble de barrières institutionnelles reflétant l'inadéquation des systèmes de soins ambulatoires existants aux problématiques des MNA. Le manque de formation des professionnels de soins psychiatriques face aux spécificités cliniques et culturelles des MNA suscite également des réticences et du rejet de la part du système de soins. La simplification des démarches de soins, une meilleure réactivité et flexibilité de l'ambulatorio face aux contraintes de la sectorisation et des limites d'âges des CMP pourraient être utiles, afin de prévenir les dégradations cliniques et de réduire les entrées dans les soins sur modalités de l'urgence ou les réhospitalisations. Les MNA se confrontent aussi à des barrières culturelles et langagières importantes, réduisant la communication, la compréhension mutuelle et enkystant des représentations culturelles sources de difficultés d'adhésion aux soins. Ces éléments soulèvent la question de l'accessibilité à l'interprétariat ou à la traduction, et à la mobilisation de compétences transculturelles chez les professionnels de soins. Au-delà de ces limites, les caregivers notent aussi des facteurs favorisants, comme la qualité de la relation de confiance entretenue avec le MNA dans le temps qu'il est nécessaire d'instaurer avant toutes démarches de soins.

La mise en évidence de l'ensemble de ces facteurs influençant l'accès aux soins permet une meilleure compréhension des enjeux et soulèvent des pistes d'amélioration qu'il serait pertinent d'explorer dans d'autres études.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Isabelle DEBRE. Les Mineurs Isolés Etrangers. Sénat; 2010 mai.
2. Duvivier É. Entre protection et surveillance : parcours et logiques de mobilité de jeunes migrants isolés [Internet] [These de doctorat]. Lille 1; 2012 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2012LIL12009>
3. Mineurs non accompagnés : quels besoins et quelles réponses ? | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/publications/mineurs-non-accompagnes-quels-besoins-et-queelles-reponses>
4. Ministère de la Justice. Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, Foire aux questions, Mission Mineurs Non Accompagnés [Internet]. 2021 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/>
5. Parlement européen. Directive 2011/95/UE concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection - Légifrance [Internet]. déc 13, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025347737/>
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide de bonnes pratiques en matière d'évaluation de la minorité et de l'isolement des personnes se déclarant comme mineur(e)s et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille [Internet]. 2019 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/guide-de-bonnes-pratiques-en-matiere-d-evaluation-de-la-minorite-et-de-l>
7. Arrêté du 20 novembre 2019 pris en application de l'article R. 221-11 du code de l'action sociale et des familles relatif aux modalités de l'évaluation des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille - Légifrance [Internet]. 2019 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039417594/>
8. Etienne A, Zanna Omar. Des typologies pour faire connaissance avec les mineurs isolés étrangers et mieux les accompagner [Internet]. 2013 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.infomie.net/spip.php?article12>
9. Radjack R, Hieron S, Woestelandt L, Moro MR. Reception of Unaccompanied Foreign Minors: A Challenge Faced with Multiple Paradoxes. *Enfances Psy.* 12 oct 2015;67(3):54-64.
10. UNICEF. Migration des enfants [Internet]. Données de l'UNICEF. 2021. Disponible sur: <https://data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/migration/>
11. UNHCR. UNHCR global reports 2020: Tendances mondiales en matière de déplacement forcé [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/60b638e37/unhcr-global-trends-2020>

12. UNICEF. Multiplication par cinq du nombre d'enfants réfugiés et migrants voyageant seuls depuis 2010 [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.unicef.org.uk/press-releases/five-fold-increase-number-refugee-migrant-children-traveling-alone-since-2010-unicef/>
13. Les migrations en Europe [Internet]. Comprendre l'Europe, Toute l'Europe. 2022. Disponible sur: <https://www.touteleurope.eu/societe/les-migrations-en-europe/>
14. Commission européenne. Statistiques sur la migration européenne Les immigrants dans la société européenne – Chiffres globauxS [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe\\_fr](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_fr)
15. Jean-Noël Escudié. Les arrivées de mineurs non accompagnés ont baissé de près de 40% en Europe en 2018 [Internet]. Localtis un média Banque des Territoires. 2019. Disponible sur: <https://www.banquedesterritoires.fr/les-arrivees-de-mineurs-non-accompagnes-ont-baisse-de-pres-de-40-en-europe-en-2018#:~:text=Eurostat%20publie%20les%20chiffres%20des%20arriv%C3%A9es%20de%20demandeurs,%C3%89tats%20membres%20de%20l'UE%20%C3%A9taient%20consid%C3%A9r%C3%A9s%20comme%20MNA.>
16. Gabrielle Batesti. Entre 2020 et 2021, le nombre de mineurs non accompagnés arrivés en Europe a triplé [Internet]. ENFANCE & JEUNESSE INFOS L'actualité sociale & médico-sociale du secteur Enfance Famille Jeunesse. 2022. Disponible sur: <https://www.enfancejeunesseinfos.fr/entre-2020-et-2021-le-nombre-de-mineurs-non-accompagnes-arrive-en-europe-a-triple/>
17. Asylum applicants considered to be unaccompanied minors by citizenship, age and sex - annual data (rounded) [migr\_asyunaa] [Internet]. Eurostat. 2022. Disponible sur: [https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr\\_asyunaa&lang=en](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr_asyunaa&lang=en)
18. Mineurs non accompagnés : éclairage statistique [Internet]. Forum des réfugiés. 11/012021. Disponible sur: <https://forumrefugies.org/s-informer/publications/articles-d-actualites/en-france/824-mineurs-non-accompagnes-eclairage-statistique-2020>
19. UNHCR. Situation Ukraine Refugee Situation [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://data.unhcr.org/es/situations/ukraine>
20. UNICEF. Les enfants fuyant la guerre en Ukraine exposés à un risque accru de traite et d'exploitation [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/les-enfants-fuyant-la-guerre-en-ukraine-exposes-a-un-risque-accru-de-traite>
21. Assemblée des Départements de France. L'accueil et la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés (MNA) par les Conseils départementaux [Internet]. 2021 juin. Disponible sur: <https://www.departements.fr/presse-ressources/publications/>
22. Lettre ouverte collective - « Demande de mesures contraignantes pour assurer la protection de tous les mineurs non accompagnés dans le contexte de l'épidémie du Covid-19 » [Internet]. InfoMIE Centre ressource sur les mineurs isolés étrangers. 2020. Disponible sur: <https://www.infomie.net/spip.php?article5850>
23. Direction de la Protection Judiciaire et de la Jeunesse. Rapport annuel d'activité, Mission Mineur Non Accompagné. 2020.

24. Mission mineurs non accompagnés : rapport annuel d'activité 2021 [Internet]. vie-publique.fr. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/285748-mission-mineurs-non-accompagnes-rapport-annuel-d-activite-2021>
25. Nombre de MNA confiés par décisions judiciaires du 1er janvier au 31 décembre 2019 inclus [Internet]. justice.gouv.fr. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Tableau\\_mna\\_2019.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Tableau_mna_2019.pdf)
26. Nombre de MNA confiés par décisions judiciaires du 1er janvier au 31 décembre 2020 inclus [Internet]. justice.gouv.fr. 2020. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/tableau\\_mna\\_2020.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/tableau_mna_2020.pdf)
27. Nombre de MNA confiés par décisions judiciaires du 1er janvier au 31 décembre 2021. justice.gouv.fr. 2021.
28. Hussein BOURGI, Laurent BURGOA, Xavier IACOVELLI. Mineurs non accompagnés, jeunes en errance : 40 propositions pour une politique nationale [Internet]. 2021 sept. Report No.: Rapport d'information n° 854 (2020-2021). Disponible sur: [http://www.senat.fr/rap/r20-854/r20-854\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r20-854/r20-854_mono.html)
29. BAUMANN SBA. Minorité - Définition [Internet]. Dictionnaire Juridique. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/minorite.php>
30. OMS. Santé des adolescents [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
31. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. mars 2018;2(3):223-8.
32. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. Elsevier Health Sciences. 2018.
33. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. juin 2005;62(6):593-602.
34. Radjack R, Coignac A, Sturm G, Baubet T, Moro MR. Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers? *Adolescence*. 1 janv 2012;80:421.
35. Mémoire - « Mineurs Isolés Etrangers », transitions multiples et métissages réciproques d'adolescents et de pratiques professionnelles au sein des dispositifs d'accompagnement - InfoMIE.net [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.infomie.net/spip.php?article2845>
36. Rodriguez J, Radjack R, Moro MR, Lachal J. Migrant adolescents' experience of depression as they, their parents, and their health-care professionals describe it: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 17 mars 2022;
37. Rothenbuehler G, Darbellay F. La santé psychique des mineurs non accompagnés: recherche qualitative sur la prise en charge psychiatrique des mineurs non accompagnés dans le canton de Vaud.
38. Radjack R, Hieron S, Woestelandt L, Moro MR. L'accueil des mineurs isolés étrangers : un défi face à de multiples paradoxes. *Enfances & Psy*. 2015;67(3):54-64.

39. Höhne E, van der Meer AS, Kamp-Becker I, Christiansen H. A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. août 2022;31(8):1-15.
40. von Werthern M, Grigorakis G, Vizard E. The mental health and wellbeing of Unaccompanied Refugee Minors (URMs). *Child Abuse Negl*. déc 2019;98:104146.
41. Hodes M, Vostanis P. Practitioner Review: Mental health problems of refugee children and adolescents and their management. *J Child Psychol Psychiatry*. juill 2019;60(7):716-31.
42. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 21 janv 2012;379(9812):266-82.
43. Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health*. mars 2009;44(3):291-7.
44. Jensen TK, Skårdalsmo EMB, Fjermestad KW. Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2014;8:29.
45. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J Nerv Ment Dis*. avr 2007;195(4):288-97.
46. Gün Z. Santé Mentale et Migration Forcée:Santé Mentale, Traumatisme, Acculturation et Reconstruction dans les Différents Contextes de Migration Forcée. [cité 20 sept 2022]; Disponible sur: [https://www.academia.edu/9992263/Sant%C3%A9\\_Mentale\\_et\\_Migration\\_Forc%C3%A9e\\_Sant%C3%A9\\_Mentale\\_Traumatisme\\_Acculturation\\_et\\_Reconstruction\\_dans\\_les\\_Diff%C3%A9rents\\_Contextes\\_de\\_Migration\\_Forc%C3%A9e](https://www.academia.edu/9992263/Sant%C3%A9_Mentale_et_Migration_Forc%C3%A9e_Sant%C3%A9_Mentale_Traumatisme_Acculturation_et_Reconstruction_dans_les_Diff%C3%A9rents_Contextes_de_Migration_Forc%C3%A9e)
47. Baubet T., Moro M.R. Psychopathologie transculturelle. Masson.
48. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 9 avr 2005;365(9467):1309-14.
49. Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie JD, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2004;43(1):24-36.
50. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*. 6 sept 2011;183(12):E959-967.
51. Bhugra D, Jones P. Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*. mai 2001;7(3):216-22.
52. de Anstiss H, Ziaian T, Procter N, Warland J, Baghurst P. Help-seeking for mental health problems in young refugees: a review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcult Psychiatry*. déc 2009;46(4):584-607.

53. 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.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. Baubet , Moro. *Psychiatrie et migration.* 2003.
58. Kang-Yi CD, Chao B, Teng S, Locke J, Mandell DS, Wong YLI, et al. Psychiatric Diagnoses and Treatment Preceding Schizophrenia in Adolescents Aged 9–17 Years. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2020 [cité 20 sept 2022];11. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00487>
59. Hopkins P, Hill M. The needs and strengths of unaccompanied asylum-seeking children and young people in Scotland. *Child & Family Social Work.* 26 avr 2010;15:399-408.
60. Hodes M. Three Key Issues for Young Refugees' Mental Health. *Transcult Psychiatry.* 1 juin 2002;39(2):196-213.
61. Zijlstra AE, Menninga MC, Van Os ECC, Rip JA, Knorth EJ, Kalverboer ME. 'There is No Mother to Take Care of You'. Views of Unaccompanied Children on Healthcare, Their Mental Health and Rearing Environment. *Residential Treatment for Children & Youth.* 3 avr 2019;36(2):118-36.
62. Kalverboer M, Zijlstra E, van Os C, Zevulun D, ten Brummelaar M, Beltman D. Unaccompanied minors in the Netherlands and the care facility in which they flourish best. *Child & Family Social Work.* 2017;22(2):587-96.
63. 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.
64. Santé mentale des adolescents [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
65. Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings J, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry.* 11 juin 2020;20(1):293.
66. Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka-Burton G, Waite P. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* févr 2021;30(2):183-211.

67. Jörg F, Visser E, Ormel J, Reijneveld SA, Hartman CA, Oldehinkel AJ. Mental health care use in adolescents with and without mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:501-8.
68. Cadigan JM, Lee CM, Larimer ME. Young Adult Mental Health: a Prospective Examination of Service Utilization, Perceived Unmet Service Needs, Attitudes, and Barriers to Service Use. *Prev Sci*. avr 2019;20(3):366-76.
69. MacDonald K, Fainman-Adelman N, Anderson KK, Iyer SN. Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. oct 2018;53(10):1005-38.
70. Hodgekins J, Clarke T, Cole H, Markides C, Ugochukwu U, Cairns P, et al. Pathways to care of young people accessing a pilot specialist youth mental health service in Norfolk, United Kingdom. *Early Interv Psychiatry*. oct 2017;11(5):436-43.
71. Pathways into and through mental health services for children and adolescents - PubMed [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12509668/>
72. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 30 déc 2010;10(1):113.
73. Even M. Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature. 14 avr 2017;95.
74. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)*. févr 2016;95(7):e2622.
75. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, et al. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2004;43(8):960-70.
76. Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie - Note de cadrage [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3261731/fr/coordination-entre-services-de-protection-de-l-enfance-et-services-de-pedopsychiatrie-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3261731/fr/coordination-entre-services-de-protection-de-l-enfance-et-services-de-pedopsychiatrie-note-de-cadrage)
77. Fong H fai, Alegria M, Bair-Merritt MH, Beardslee W. Factors associated with mental health services referrals for children investigated by child welfare. *Child Abuse & Neglect*. 1 mai 2018;79:401-12.
78. Lahti M, Linno M, Pael J, Lenk-Adusoo M, Timonen-Kallio E. Mental Health Care Interventions in Child Welfare: Integrative Review of Evidence-Based Literature. *Issues Ment Health Nurs*. sept 2018;39(9):746-56.
79. Deutsch SA, Fortin K. Physical Health Problems and Barriers to Optimal Health Care Among Children in Foster Care. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. oct 2015;45(10):286-91.
80. Schneiderman JU, Villagrana M. Meeting Children's Mental and Physical Health Needs in Child Welfare: The Importance of Caregivers. *Soc Work Health Care*. 2010;49(2):91-108.

81. Mitra R, Hodes M. Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries. *Child Care Health Dev.* mars 2019;45(2):198-215.
82. 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.
83. Ellis BH, Miller AB, Baldwin H, Abdi S. New Directions in Refugee Youth Mental Health Services: Overcoming Barriers to Engagement. *Journal of Child & Adolescent Trauma.* 11 févr 2011;4(1):69-85.
84. Barghadouch A, Kristiansen M, Jervelund SS, Hjern A, Montgomery E, Norredam M. Refugee children have fewer contacts to psychiatric healthcare services: an analysis of a subset of refugee children compared to Danish-born peers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* août 2016;51(8):1125-36.
85. 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.
86. Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *Springerplus.* 2015;4:131.
87. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy.* sept 2019;123(9):851-63.
88. Colucci E, Minas H, Szwarc J, Guerra C, Paxton G. In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. *Transcult Psychiatry.* déc 2015;52(6):766-90.
89. Manon Cosnard. Thèse de Médecine, Mineur-e-s Non Accompagné-e-s : consensus suisse pour l'offre en santé mentale ?
90. 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.* août 2019;28(4):372-8.
91. Mémoire : La reconnaissance culturelle dans l'accompagnement des mineurs isolés étrangers - InfoMIE.net [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.infomie.net/spip.php?article1860>
92. Cassagnes Breidenbach M. L'accompagnement socio-éducatif des mineurs non accompagnés. Étude des conflits entre représentations sociales et représentations professionnelles. *Empan.* 2020;120(4):168-75.
93. Les mineurs non accompagnés : des destins individuels qui interrogent le politique Unaccompanied Minors: Individual Trajectories Confronting Politics - PDF Free Download [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/223743888-Les-mineurs-non-accompagnes-des-destins-individuels-qui-interrogent-le-politique-unaccompanied-minors-individual-trajectories-confronting-politics.html>

94. Assayag B, Taïeb O, Moro MR, Baubet T. Mineurs non accompagnés: Filiation et affiliations d'un pays à l'autre. *L'Autre*. 12 nov 2020;21:340.
95. Guégan M, Rivollier E. Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative. *Santé Publique*. 2017;29(6):861-7.
96. Chase E. Security and subjective wellbeing: the experiences of unaccompanied young people seeking asylum in the UK. *Sociol Health Illn*. juill 2013;35(6):858-72.
97. Dr Pia Touboul Département de Santé Publique CHU de Nice 1/10 Généralités - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/8924817-Dr-pia-touboul-departement-de-sante-publique-chu-de-nice-1-10-touboul-p-chu-nice-fr-generalites.html>
98. Présentation du rapport sur la santé mentale des mineurs non accompagnés | Médecins sans frontières [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/actualites/presentation-du-rapport-sur-la-sante-mentale-des-mineurs-non-accompagnes>
99. Rahmethnissah R. Développer des compétences transculturelles chez les professionnels travaillant avec les mineurs non accompagnés [Internet] [phdthesis]. Université Paris-Nord - Paris XIII; 2020 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03412904>
100. Goudet-Lafont B, Du CL, Marichez H, Radjack R, Baubet T. L'accompagnement éducatif des mineurs isolés étrangers : discours et représentations des éducateurs. *L'Autre*. 7 déc 2016;16(1):16.
101. Petilléon P. Quand les mineurs étrangers isolés viennent questionner l'identité professionnelle des éducateurs spécialisés. *VST - Vie sociale et traitements*. 2013;120(4):34-9.
102. de Montgomery CJ, Petersen JH, Jervelund SS. Psychiatric healthcare utilisation among refugee adolescents and their peers in Denmark. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. nov 2020;55(11):1457-68.
103. ANESM - Recommandations de bonnes pratiques : L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers » - InfoMIE.net [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.infomie.net/spip.php?article4154>
104. Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant-en?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab2000879e0fafa58f1f1be0d7d790be7031e364473f3cf121decc7809d0605c5e71b4d089607e42e1430005ae1424efbbba63a8107c0cd3143b85d7558b192cd109bc7ceea440a8c9a17f73d25965f94b2ee7bd36738d58a12d6e7](https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant-en?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000879e0fafa58f1f1be0d7d790be7031e364473f3cf121decc7809d0605c5e71b4d089607e42e1430005ae1424efbbba63a8107c0cd3143b85d7558b192cd109bc7ceea440a8c9a17f73d25965f94b2ee7bd36738d58a12d6e7)
105. Ateliers collectifs « Parole & Prévention » pour Mineurs Non Accompagnés - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes->



pratiques-en-region/ile-de-france/article/ateliers-collectifs-parole-prevention-pour-mineurs-non-accompagnes

106. Équipe mobile en santé mentale (69) [Internet]. Fondation OVE. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.fondation-ove.fr/projets/equipe-mobile-medico-psychologique/>

## **ANNEXE 1: Guide d'entretien focus groupe**

Nous allons vous poser quelques questions générales sur la santé mentale et les soins psychiatriques auprès des mineurs non accompagnés.

1- *(Le repérage des besoins en soins psychiques des MNA)*

**Comment repérez-vous les manifestations de souffrances psychiques des MNA que vous accompagnez ?**

(Selon vous, quelles seraient les différentes manières pour les MNA, d'exprimer leurs souffrances psychiques ?)

2- *(La demande de soins en santé mentale des MNA)*

**Comment percevez-vous les demandes de soins en santé mentale des MNA ?**

(Quelles difficultés rencontrez-vous dans la demande de soins des MNA ?)

3- *(Le parcours de la constatation du besoin, jusqu'à la consultation des soins psychiques )*

**Comment abordez-vous la question des soins en santé mentale avec les MNA ?**

4- *(Les facteurs limitants l'accès et l'investissement des soins psychiques des MNA)*

**Quelles difficultés percevez-vous concernant l'accès aux soins de santé mentale des MNA et à leur investissement ?**

5- *(Les facteurs facilitants)*

**D'après votre expérience, qu'est ce qui a pu faciliter l'accès aux soins psychiques des MNA chez ceux qui ont pu en bénéficier ?**

6- *(Les besoins en terme de dispositif de soins psychiques adaptés aux MNA)*

**Selon vous, quels seraient les besoins en terme de dispositifs de soins en santé mentale adaptés aux MNA ?**

## **ANNEXE 2 : Note d'information**

### **Projet de recherche :**

### **Accès aux soins des Mineurs Non Accompagnés pris en charge par l'ASE au sein du dispositif GCSMS TRAJET**

Lille, le 8/10/21

#### **Invitation destinée aux équipes de TRAJET**

Bonjour à toutes et à tous,

*Dans le cadre d'une collaboration entre le CHU de Lille et le GCSM TRAJET, nous souhaitons mener un projet de recherche qui visera à mieux connaître les modalités actuelles d'accès aux soins psychiatriques des MNA, les limites ou les facteurs facilitant perçus par vous, professionnels qui les accompagnez au quotidien.*

*Les besoins mis en évidence à travers ce projet, serviront de base de réflexion à la création d'un dispositif pédopsychiatrique mieux adapté à la population des MNA et leurs accompagnants.*

*Cette étude prendrait la forme de ce que l'on appelle une recherche qualitative sous forme de focus group. Nous souhaitons ainsi recueillir les témoignages de terrain et le savoir expérientiel des équipes sur ce sujet, permettant la mise en place de soins adaptés aux besoins et limites mis en évidence.*

*Concrètement, nous aimerions réunir plusieurs groupes de discussion composés de professionnels volontaires. Il s'agirait de temps d'échange convivial et dynamique, avec l'idée que les membres du groupe puissent se sentir libres d'interagir et échanger sur ce sujet. Nous animerons ce groupe d'échange et aborderons les mêmes sujets dans chaque groupe. Ces discussions seront enregistrées sous votre accord, et retranscrites à l'écrit, avec préservation de votre anonymat.*

*Quelques règles seront néanmoins là pour nous permettre le bon déroulement des séances. Nous limiterons le groupe à 8 participants, et avec une durée d'échange d'1h30 environ.. Enfin, la constitution des groupes doit rassembler différents professionnels accompagnant les MNA (psychologue, éducateurs, moniteur éducateur, IDE, ...). Une même personne ne pourra pas participer à deux focus groupes, afin d'éviter tout biais dans l'étude.*

*Avec l'aide des coordinateurs et chefs d'équipes de TRAJET, nous avons ainsi imaginé 4 groupes sur différents territoires, qui réuniraient les équipes de:*

- Flandre intérieure et maritime*
- Douaisis*
- Lille métropole*
- Avesnois et Valenciennois*

*Concernant le calendrier, des dates seront prochainement proposées. Si le projet suit son cours, nous espérons pouvoir commencer d'ici fin novembre. Les lieux de discussion ne sont pas encore fixés mais nous nous déplacerons certainement sur les différents territoires.*

*Nous nous tenons à disposition pour d'éventuelles questions et espérons vous voir nombreux !  
Merci pour votre investissement.*

*A bientôt.*

*Bien cordialement*

### **ANNEXE 3 : Questionnaire des intervenants du focus group**

Cadre réservé aux chercheurs

Date d'entretien:

Numéro du focus groupe:

Numéro de participant :

Cadre réservé aux participants

Sexe :

Age :

Profession :

Années d'ancienneté d'accompagnement des MNA :

Lieu d'exercice :

Structure associative d'appartenance :

Type d'accompagnement/d'hébergement :

## **ANNEXE 4 : Formulaire de consentement**

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UN GROUPE DE DISCUSSION

### **Projet de recherche :**

### ***Accès aux soins des Mineurs Non Accompagnés (MNA) pris en charge par l'ASE au sein du GCSMS TRAJET***

#### **I. Cadre de la recherche:**

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'une collaboration entre le CHU de Lille, avec *Dr LECONTE, Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux du service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PEA) du CHU de Lille* et *Mme COSTE, interne de psychiatrie au CHU de Lille*, sous la supervision du *Pr MEDJKANE, responsable de service du service de PEA du CHU de Lille* ; et le Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale (GCSMS) TRAJET, avec *Mr SAVOYE, Directeur GCSMS TRAJET* et *Mme BOBEAU Coordinatrice, Responsable Projet GCSMS TRAJET*.

L'objectif de cette recherche est, à partir de la perception des professionnels accompagnant les MNA sur le plan éducatif, de mettre en évidence les limites et les facilitateurs d'accès aux soins psychiatriques des MNA ainsi que les besoins en terme de dispositif de soin psychiatrique adapté à leur situation. La méthodologie sera celle d'une recherche qualitative en focus group, avec les professionnels du GCSMS TRAJET accompagnant les MNA. Les focus group seront au nombre de quatre, et seront composés d'intervenants de professions variées entourant les MNA. Ils auront lieu sur quatre territoires différents du dispositif TRAJET. Chaque participant ne participera qu'à 1 seul focus group.

*Les résultats mis en évidence à travers ce projet, serviront à mettre en place un dispositif de soin pédopsychiatrique ajusté aux spécificités de la population des MNA et leurs accompagnants.*

#### **a) Objet de la rencontre**

Vous avez été invités à participer à un groupe de discussion (ou focus group), en tant que professionnel travaillant auprès des MNA du GCSMS TRAJET. L'objet de cette rencontre, est de recueillir à travers une discussion de groupe, votre expérience de terrain et votre témoignage sur la question de l'accès aux soins psychiatriques des MNA. Le groupe sera constitué d'au maximum huit professionnels et des deux chercheurs qui animeront la discussion. Il durera environ heure et demi.

#### **a) Anonymat et confidentialité**

Votre participation à cet entretien est anonyme. Votre nom ne sera pas publié dans le rapport de recherche et vos propos demeureront confidentiels. Afin d'illustrer les résultats obtenus, certaines citations pourraient être conservées mais elles seront, dans tous les cas, anonymes.

#### **I. Enregistrement du contenu des discussions**

Dans le cadre de la méthodologie du travail de recherche qualitative en focus group, la discussion, sera enregistrée. Les enregistrements ne seront accessibles que par les personnes

responsables de l'étude. Lors de l'analyse, ceux-ci seront conservés puis détruits conformément aux règles éthiques établies

**a) Liberté de se retirer**

En tant que participant volontaire, vous êtes libre de vous retirer de cette rencontre à tout moment. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions qui vous seront adressées.

**a) Communication des résultats:**

Si vous le souhaitez, nous mettrons à votre disposition la transcription écrite de l'intégralité des propos qui auront été tenus pendant la séance du focus groupe. D'autre part, la recherche écrite finale, après analyse et mise en forme, sera librement consultable à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille Henri Warembourg.

**a) Engagement et signature**

Je soussigné \_\_\_\_\_, comprends à quoi je m'engage en participant à ce groupe de discussion. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à cet effet et on y a répondu à ma satisfaction.

à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature :

*Ce formulaire sera double, afin que vous en conserviez une copie.*