

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2025

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prise en soins des troubles psychiatriques des mineurs
non accompagnés : analyse de l'activité des 2 premières
années de l'équipe mobile MEOPSY du CHU de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2025
à 17h30 au Pôle recherche

Par Mélissa VELASQUEZ CRUZ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseurs :

Madame la Docteure Lucile DEFFENSE

Monsieur le Docteur Guillaume LECONTE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Guillaume LECONTE

Travail réalisé avec la participation de la Fédération Régionale de Recherche
en psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France (F2RSM).

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations

AME : Aide médicale de l'Etat

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centres Médico-Psycho-Pédagogiques

CRP : Centre régional du psychotraumatisme

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

EDC : Episode dépressif caractérisé

EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité

EPSM : Etablissement public de santé mentale

ESPT : Etat de stress post-traumatique

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale des Hauts de France

GME : Groupement Momentané d'Entreprises

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

MDA : Maison des adolescents

MNA : Mineur non accompagné

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PUMA : Protection universelle maladie

RDC : République Démocratique du Congo

SAU : Service d'accueil des urgences

TRAJET : Trajectoire d'accompagnement des jeunes étrangers

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

UE : Union européenne

UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees (Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés / HCR)

Sommaire

Avertissement	2
Remerciements.....	Erreur ! Signet non défini.
Abréviations	4
Sommaire	6
Introduction	10
PREMIERE PARTIE : Contexte et état des lieux	13
1 Les mineurs non accompagnés (MNA).....	13
1.1 Cadre légal et définition du statut de MNA	13
1.2 Droit à la santé	16
1.3 Statistiques clés sur les MNA : flux migratoires et profils démographiques ..	18
2 Troubles psychiatriques chez les MNA : vulnérabilités et épidémiologie	19
2.1 Facteurs de vulnérabilité	20
2.1.1 L'adolescence	20
2.1.2 Les facteurs pré-migratoires	21
2.1.3 Les facteurs per-migratoires	22
2.1.4 Les facteurs post-migratoires.....	23
2.2 Epidémiologie des troubles psychiatriques chez les MNA	27
2.2.1 Résultats des revues systématiques internationales	27

2.2.2	Etudes longitudinales	29
2.2.3	Enjeux transculturels	31
3	Accès aux soins psychiatriques : obstacles et limites	32
3.1	Obstacles structurels	32
3.2	Obstacles administratifs et juridiques	33
3.3	Obstacles linguistiques et culturels	34
4	Dispositifs existants de prise en charge pour les MNA	35
4.1	Dispositifs existants en Europe	35
4.2	Dispositifs existants en France	38
4.2.1	Avant la reconnaissance de la minorité : dispositifs de premier recours	38
4.2.1.1	Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	38
4.2.1.2	Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)	39
4.2.1.3	Dispositifs associatifs	40
4.2.2	Après la reconnaissance de la minorité	41
4.2.2.1	Structures de droit commun	41
4.2.2.2	Consultations transculturelles	42
4.2.2.3	Consultations transculturelles spécifiques aux MNA.....	44
4.2.2.4	Consultations orientées psychotrauma spécifiques pour les MNA ...	45
4.2.3	Espaces d'appui aux professionnels.....	45
4.3	Prise en charge des MNA dans le Nord	47
4.3.1	Dispositifs éducatifs et psychologiques de l'ASE : TRAJET et GME	47

4.3.2	L'équipe mobile MEOPSY	48
DEUXIEME PARTIE : étude quantitative sur les données de MEOPSY		51
1	Matériels et méthodes	51
1.1	Conception de l'étude	51
1.2	Critères d'inclusion et d'exclusion	52
1.3	Données collectées	52
1.4	Analyse des données	54
1.5	Cadre éthique	54
2	Résultats	55
2.1	Caractéristiques sociodémographiques de la population	55
2.2	Données d'accompagnement et de soins	60
2.3	Comparaison selon le statut de suivi	65
3	Discussion	69
3.1	Discussion des résultats	69
3.1.1	Caractéristiques sociodémographiques	69
3.1.2	Modalités d'accompagnement et de soins	73
3.1.3	Diagnostics psychiatriques	76
3.1.4	Statut du suivi et orientations	79
3.1.5	Comparaison entre les deux groupes	81
3.2	Forces et limites de l'étude	82

3.3 Perspectives et impact sur la pratique.....	84
Conclusion	86
Liste des tableaux.....	88
Liste des figures.....	89
Références	90
Annexe 1.....	100

Introduction

En 2024, le nombre de personnes déplacées de force dans le monde a atteint un niveau historique, avec 129,9 millions d'individus concernés, selon l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) [1]. Parmi eux, 49 millions étaient des mineurs représentant donc 40% des personnes déplacées, parmi lesquels figuraient des mineurs non accompagnés (MNA).

Les mineurs non accompagnés (MNA) sont des adolescents migrants âgés de moins de 18 ans, séparés de leurs parents ou tuteurs légaux, représentent une population particulièrement vulnérable. En 2023, 35 500 MNA sont arrivés en Europe [2], fuyant des situations de guerre, de violence ou de pauvreté extrême [3,4]. En France, leur nombre a considérablement augmenté, avec 19 370 MNA confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) en 2023, soit une hausse de 31 % en un an, posant des défis majeurs en termes d'accueil, de protection et de prise en charge. Parmi ces défis, la santé mentale des MNA est un enjeu crucial, tant dans leur repérage que dans leur prise en charge.

En effet, les MNA, adolescents en pleine période développementale à risque, donc à risque d'émergence de troubles psychiatriques, ont pour la majorité vécu de nombreux événements potentiellement traumatiques et de nombreux éléments d'adversité dans leur pays d'origine, puis au cours de leur parcours migratoire. A leur arrivée dans les pays dits « d'accueil », ils se retrouvent confrontés à une situation administrative et sociale souvent précaire, aggravant leur santé mentale déjà fragilisée [5].

Si les besoins en terme de soins psychiatriques sont importants au regard de la prévalence de leurs troubles [6,7], leur accès aux soins psychiatriques reste limité, pour des raisons aussi bien administratives, structurelles, sociétale, linguistiques que culturelles, mais également devant le manque de dispositifs adaptés à leurs besoins spécifiques.

En France, la prise en charge des MNA relève de l'aide sociale à l'enfance (ASE), toute personne se rapportant mineur sans représentant légal en capacité d'assurer sa sécurité sur le territoire français devant être protégée par l'Etat français. Au même titre que tous les enfants en danger, ils doivent donc bénéficier : d'un hébergement, d'un accès à l'éducation, d'un accès aux soins de santé physique et psychique, et d'un accompagnement dans leurs démarches administratives [3].

La littérature retrouve une prévalence importante de troubles psychiatriques chez les MNA, qui, sans prise en charge adaptée, sont à risque de chronicisation, impactant durablement la santé et l'intégration des ces adolescents dans le pays de destination [8]. Face à ces enjeux, des dispositifs spécifiques se sont mis en place pour améliorer l'accès aux soins, notamment psychiatriques, des MNA. Parmi elles, les équipes de soin spécifiques telle que l'équipe mobile MEOPSY au CHU de Lille se sont développées. Cependant à ce jour, peu d'études ont évalué leur activité et leur impact réel sur la santé mentale des MNA.

Notre étude s'inscrit donc dans ce contexte et a pour objectif principal de décrire la population prise en charge par l'équipe mobile MEOPSY. Pour cela, nous avons mené une étude quantitative rétrospective à partir des données recueillies par MEOPSY au cours des deux premières années d'activité. Un objectif secondaire de

cette étude est d'identifier les facteurs associés à une rupture de suivi, afin de mieux comprendre les freins à la continuité des soins dans cette population vulnérable. Les résultats issus de cette analyse seront présentés, puis discutés à la lumière des données de la littérature. Cette réflexion permettra d'envisager des pistes d'amélioration de la prise en charge, et d'ouvrir sur de nouveaux axes de questionnement et de recherche.

PREMIERE PARTIE :

Contexte et état des lieux

1 Les mineurs non accompagnés (MNA)

1.1 Cadre légal et définition du statut de MNA

Selon l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR ou HCR), un mineur non accompagné (MNA) est "une personne âgée de moins de 18 ans, qui est séparé de ses deux parents et n'est pas pris en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire." [9]

Plusieurs critères déterminent la qualité juridique de « mineur non accompagné » en France [10] :

- l'origine étrangère : il s'agit de ressortissants de pays membres de l'Union européenne ou de pays tiers ne disposant pas de la nationalité française
- l'âge : il doit s'agir d'une personne âgée de moins de 18 ans
- l'isolement : il s'agit d'individus mineurs dont « aucune personne majeure n'est responsable légalement sur le territoire national ou ne prend effectivement en charge et ne montre de volonté de se voir durablement confier l'enfant, notamment en saisissant le juge compétent ».

La définition retenue par la Directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 est celle d'un « ressortissant d'un pays tiers ou un apatride âgé de moins de 18 ans, 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 » [11].

En 2010, le sénateur Debré introduit pour la première fois l'appellation *mineurs isolés étrangers (MIE)* dans son rapport consacré à cette question en France [12]. Cependant, en 2016, le garde des sceaux Jean-Jacques Urvoas a opté pour une nouvelle dénomination : *mineurs non accompagnés (MNA)*. Cette modification terminologique visait à aligner le vocabulaire français sur celui du droit européen, qui utilise la notion d'*unaccompanied minor*. « Ce changement rappelle que ces enfants et adolescents relèvent du dispositif de protection de l'enfance ; il signifie aussi que l'origine géographique importe peu lorsqu'il s'agit de prendre en charge un enfant privé de ses parents et que des drames ont poussé sur les voies de l'errance » [13].

Par-delà la définition juridique, une typologie sociologique proposée par Angéline Etienne distingue plusieurs profils de MNA selon leur histoire et leur parcours migratoire [14] sachant que les MNA peuvent correspondre à plusieurs profils, au regard de l'individualité de chaque parcours :

- *Les exilés*, fuyant leur pays par suite de conflits géopolitiques, ethniques ou socioculturels ;

- *Les mandatés*, venus pour étudier, travailler et aider économiquement leur communauté ;
- *Les exploités*, victimes de réseaux d'exploitation, de traite d'êtres humains ou de travail clandestin ;
- *Les fugeurs*, « primaires » ou « réitérants », fuyant leur pays par suite de conflits le plus souvent familiaux ;
- *Les errants*, déjà éloignés de leur environnement familial dans leur pays d'origine, et en exil ;
- *Les rejoignants*, retrouvant un membre de la famille ayant déjà migré, « envoyés », « confiés » ou « successeurs » ;
- *Les aspirants*, ayant une quête personnelle, désirant s'émanciper du milieu familial ou avec une ambition de formation et de réussite professionnelle.

En France, leur protection relève de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), conformément à l'article L.112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Lorsqu'un jeune se déclare MNA, il doit faire l'objet d'une évaluation de minorité et d'isolement réalisée par les départements. Une fois ces deux critères vérifiés, le mineur est reconnu comme MNA et fait l'objet de mesures de protection [15]. Il doit bénéficier des droits prévus par la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) [16]. L'autorité judiciaire (procureur de la République, juge des enfants, cour d'appel) prend alors une décision de placement. Le mineur est alors pris en charge par l'ASE, qui assure son hébergement, son accès aux soins et à l'éducation. En cas de non reconnaissance de minorité par le Département, le/la MNA peut solliciter un

recours auprès du Juge des Enfants. Une mesure de protection peut ainsi être décidée suite à ce recours.

Au sein du ministère de la Justice, la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), via la mission nationale mineurs non accompagnés (MMNA), coordonne le dispositif national et assure une égale répartition des mineurs sur le territoire [15].

Les mineurs originaires de pays en guerre ou exposés à des persécutions peuvent, en plus de la reconnaissance de leur minorité et de leur isolement, déposer une demande d'asile pour obtenir une protection internationale. En France, 1 350 MNA ont introduit une demande d'asile en 2023, soit 6,9% de l'ensemble des MNA [17].

1.2 Droit à la santé

Le droit à la santé des MNA est garanti par des instruments juridiques internationaux et nationaux. La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), ratifiée par la France en 1990, stipule dans son article 24 que les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux. L'article 26 affirme le droit de l'enfant à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales. [16]

En France, une fois reconnu comme MNA et confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE), ces jeunes peuvent bénéficier de la Protection universelle maladie (PUMa) et de la Complémentaire santé solidaire (CSS), facilitant leur accès aux soins. Avant

cette reconnaissance, ou en cas de refus, ils relèvent de l'Aide médicale d'État (AME), destinée aux étrangers en situation irrégulière, dont l'accès est soumis à des conditions spécifiques.

Concernant l'évaluation de la santé, l'arrêté du 11 janvier 2006 prévoit un examen médical pour les migrants à leur arrivée. Cependant, cette évaluation est rarement appliquée aux MNA. En pratique, les services départementaux de l'ASE initient un bilan de santé initial, mais les modalités varient selon les territoires. Pour pallier ces inégalités, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a publié en 2019 un avis proposant un protocole standardisé de bilan médical pour les MNA [18]. De plus, en 2023, l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France a diffusé un guide de recommandations pour l'orientation et l'accompagnement des MNA vers les soins en santé mentale [11].

Malgré ces avancées, des défis subsistent. Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a alerté en 2024 sur les dysfonctionnements dans la protection de l'enfance, soulignant notamment une mauvaise gestion au niveau départemental et un manque de suivi médical pour les jeunes concernés [19]. Ces constats mettent en évidence la nécessité d'une coordination renforcée entre les acteurs concernés pour garantir un accès effectif aux soins pour tous les MNA.

1.3 Statistiques clés sur les MNA : flux migratoires et profils démographiques [20]

Selon le rapport annuel d'activité 2023 de la Mission nationale des mineurs non accompagnés, la France a prononcé 19 370 placements de MNA, soit une hausse de 31% par rapport à 2022, atteignant un niveau record. Dans le Département du Nord, 765 MNA ont été confiés à l'ASE, et 436 dans le Département du Pas-de-Calais.

On observe un rajeunissement de la population des MNA, avec une augmentation des jeunes de 15 ans (23% en 2023 contre 16,8% en 2022), tandis que la proportion des 17 ans et plus diminue (30,5% en 2023 contre 36,9% en 2022). De plus, bien que les garçons restent largement majoritaires (91,7%), la part des jeunes filles a progressé pour atteindre 8,3% des MNA pris en charge. Ces dernières sont particulièrement vulnérables aux violences sexuelles et de genre pendant le parcours migratoire, certaines sont victimes de traite des êtres humains.

Les principaux pays d'origine des MNA en France en 2023 sont la Guinée (31,8%), la Côte d'Ivoire (22,8%) et la Tunisie (7,8%). Dans les Hauts-de-France, les MNA viennent principalement de Guinée (23%), Afghanistan (13%), Côte d'Ivoire (11%), Bangladesh et Soudan (6%).

La route de la Méditerranée centrale (via l'Italie, Malte), la route de la Méditerranée occidentale (via l'Espagne) et la route de la Méditerranée orientale (via la Grèce, Chypre et Bulgarie) sont les plus empruntées. Ces routes sont caractérisées par leur dangerosité (noyade en mer, manque d'abri, d'eau, de nourriture, violences, maladies...).

Ces parcours migratoires, souvent longs et marqués par de nombreux facteurs d'adversité, peuvent être la source d'une souffrance psychique importante. Cette souffrance peut évoluer vers une décompensation ou aggraver des troubles psychiatriques préexistants.

2 Troubles psychiatriques chez les MNA : vulnérabilités et épidémiologie

Les mineurs non accompagnés constituent une population particulièrement exposée aux troubles psychiatriques. L'accumulation de facteurs de vulnérabilité, combinée aux difficultés d'accès aux soins, accroît le risque de développer des troubles psychiatriques sévères, mettant à mal leur santé mentale et donc leur insertion dans le pays d'accueil.

Chez les MNA, la frontière entre souffrance psychique et trouble psychiatrique est parfois difficile à établir. Beaucoup de jeunes présentent une détresse émotionnelle intense du fait de leur parcours de vie, sans pour autant développer un trouble psychiatrique en tant que tel. Egalement, la manifestation de ces souffrances psychiques peut être très variée d'un individu à un autre et au cours du temps, dans ce contexte développemental adolescent. Toutefois en l'absence d'aide, cette souffrance peut évoluer vers des pathologies plus sévères, nécessitant ainsi une prise en soins spécifique. [5]

2.1 Facteurs de vulnérabilité

2.1.1 L'adolescence

L'adolescence, définie par l'Organisation mondiale de la santé comme la période allant de 10 à 19 ans, est une phase de transition majeure à la fois biologique, psychique et sociale. Cette période s'accompagne de bouleversements hormonaux, d'une maturation incomplète du cerveau, et de profondes réorganisations psychologiques. Ces évolutions naturelles, lorsqu'elles sont confrontées à des contextes instables, peuvent rendre l'adolescent particulièrement vulnérable sur le plan psychique [21].

Sur le plan biologique, l'adolescence marque l'entrée dans la puberté, avec l'apparition des caractères sexuels secondaires, une activation hormonale intense (notamment des axes gonadotrope et corticotrope), ainsi qu'une maturation progressive des fonctions cérébrales frontales, essentielles à la régulation des émotions et au contrôle des impulsions [22]. La maturation du cortex préfrontal se poursuit jusqu'au début de l'âge adulte, il est donc immature pendant l'adolescence, tandis que le système limbique, lié aux émotions, est déjà très actif. Ce décalage fonctionnel accentue la sensibilité aux émotions négatives, à l'impulsivité et aux conduites à risque [23].

Cette période de vie est d'autant plus critique qu'elle correspond à la fenêtre d'émergence de la majorité des troubles psychiatriques, dont l'apparition survient le plus souvent avant l'âge de 25 ans [24].

Chez les MNA, ces transformations s'opèrent dans un contexte d'instabilité et de rupture profondes : séparation familiale, migration contrainte, précarité des

conditions de vie. Ces adolescents doivent souvent assumer seuls des responsabilités d'adulte, tout en étant encore en pleine construction sur les plans psychique, affectif et neurobiologique, ce qui accentue fortement leur vulnérabilité. Cette fragilité est d'autant plus marquée que nombre d'entre eux proviennent de contextes socio-économiques défavorisés, où l'accès à l'éducation, aux soins ou à des perspectives professionnelles est déjà limité avant même le départ. Ces conditions de vie difficiles constituent un terrain précoce de vulnérabilité, qui vient interférer avec les processus développementaux attendus à cet âge. [25]

2.1.2 Les facteurs pré-migratoires

Avant même le départ, de nombreux MNA sont confrontés à des facteurs pré-migratoires d'une extrême gravité : exposition directe ou indirecte à des conflits armés, persécutions politiques, ethniques, religieuses, violences physiques, sexuelles, ou encore disparition de membres de la famille, motivant donc un départ qui peut être volontaire ou forcé. L'exposition à ces formes de violence varie fortement selon le pays d'origine, l'âge, le genre et l'appartenance communautaire, mais elle constitue dans tous les cas un premier niveau de vulnérabilité majeur [26–29].

Il peut y avoir également des séparations multiples avec les figures d'attachement, parfois associées à des conflits intra-familiaux, ou à des deuils, entraînant de nombreuses ruptures au niveau dans les filiations et les affiliations.

A cela peut s'ajouter une vulnérabilité psychiatrique préexistante, avec parfois un trouble pédopsychiatrique non pris en charge tel qu'un trouble de stress post

traumatique (TSPT), un deuil complexe persistant, ou un trouble de l'attachement ; voire une atteinte développementale tel qu'un trouble du développement intellectuel, ou un trouble du langage. [30]

2.1.3 Les facteurs per-migratoires

Bien plus qu'un simple déplacement géographique, le parcours migratoire est variable, allant d'un trajet avion, sécurisé et d'une durée courte, à un processus long et incertain, exposant les MNA à une succession de ruptures, de violences et de précarité. Ils traversent souvent des périodes marquées par l'exploitation, la malnutrition, l'absence de logement, l'errance prolongée, sans repère ni soutien, pouvant durer plusieurs mois, voire plusieurs années, avec une incertitude persistante quant au lieu et au moment d'arrivée [31–33].

La séparation avec les adultes référents ou les pairs, couplée à l'insécurité permanente, renforce leur isolement et les contraint à une autonomisation forcée [25].

Le.la jeune est confronté.e à une insécurité chronique, sans projection possible, dans un environnement changeant, parfois hostile. Ce contexte empêche toute stabilisation psychique, rendant difficile les processus de maturation déjà fragilisés à l'adolescence.

Ainsi, le parcours migratoire agit comme un facteur de vulnérabilité à part entière. Il ne se limite pas à des événements traumatiques aigus isolés, mais s'apparente à une globale perte de repère, à des facteurs d'adversité majeurs et chroniques, survenant à un moment-clé du développement.

2.1.4 Les facteurs post-migratoires

L'arrivée dans le pays d'accueil ne marque pas la fin des vulnérabilités psychosociales chez les MNA. Au contraire, de nouveaux facteurs de stress chroniques, souvent moins visibles mais tout aussi délétères, s'ajoutent à ceux du parcours migratoire. Ces stressors, souvent qualifiés dans la littérature de "post-migration stressors" ou "daily hassles", sont d'ordre administratif, social, économique, linguistique et culturel [25,27].

Dès leur arrivée sur le territoire français et la déclaration de leur minorité, les MNA sont censés être mis à l'abri et doivent faire face à une évaluation de leur minorité et de leur isolement, effectuée par une association mandatée par le conseil départemental qui statue sur la minorité effective ou non dans un délai de cinq jours. D'abord administrative, l'évaluation basée sur les papiers que l'adolescent a pu garder sur lui malgré son parcours, et la crédibilité de son histoire associée à une présentation physique et relationnelle compatible avec une minorité. En cas de refus de reconnaissance de minorité, les jeunes sont exclus du dispositif de protection et se retrouvent en situation de précarité, et peuvent réaliser une demande de recours auprès d'un juge des enfants, dans un délai allant jusqu'à 1 an parfois. Cette procédure, bien que légale, est souvent vécue comme incertaine, intrusive ou arbitraire, et peut inclure des examens médicaux controversés tels que les radiographies osseuses [34] qui ont une marge d'erreur d'environ 4 ans et basées sur des radiographies d'adolescents anglais de la première moitié du 20^e siècle. Elle conditionne pourtant l'accès à la protection de l'ASE, et toute non-reconnaissance de la minorité plonge le jeune dans une zone grise juridique, sans droit au logement

d'urgence, sans accès à un représentant légal et sans possibilité immédiate de demande d'asile. Bien qu'un guide national existe et vise à harmonier les pratiques intraterritoriales [35], plusieurs travaux ont souligné que ces évaluations s'inscrivent dans des pratiques administratives normatives, porteuses de logiques discriminatoires. Comme l'indique Noémie Paté [36], « les processus discriminatoires sont au cœur des pratiques d'évaluation de la minorité et de l'isolement », dans la mesure où les agents d'évaluation peuvent reproduire, consciemment ou non, des stéréotypes institutionnels à l'égard des jeunes. Ces biais renforcent l'inégalité d'accès à la protection et participent à l'instabilité prolongée de nombreux MNA.

Ce constat a conduit à plusieurs alertes au niveau international. En 2023, le Comité des droits de l'enfant de l'ONU a critiqué sévèrement la France pour ses manquements dans la procédure d'évaluation et de mise à l'abri. En 2024, vingt-sept organisations ont saisi le Conseil d'État pour exiger sa mise en conformité avec le droit international, et, en janvier 2025, la France a de nouveau été condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) pour des carences dans son dispositif de protection d'un MNA.

Même lorsque la minorité est reconnue, les adolescents se retrouvent soumis à des exigences d'autonomie précoces et contraignantes : suivre une formation, réussir leur insertion scolaire ou professionnelle, gérer les démarches pour obtenir un titre de séjour, anticiper la sortie du dispositif à 18 ans. Cette pression institutionnelle peut générer un stress prolongé, alimenté par le sentiment que leur avenir dépend exclusivement de leurs performances et de leur conformité aux attentes administratives.

À ces contraintes s'ajoutent une série de facteurs environnementaux quotidiens reconnus comme des prédicteurs majeurs de souffrance psychique [6,37] :

- une maîtrise limitée de la langue du pays d'accueil ;
- un manque de soutien social ou relationnel ;
- une précarité économique persistante ;
- des expériences fréquentes de discrimination ;
- un logement instable ou inadapté ;
- des ruptures éducatives, liées notamment à des difficultés d'intégration scolaire en langue étrangère.

La littérature montre que le manque de support parental ou d'un autre *caregiver* durant les périodes migratoires et post-migratoires est significativement associée à un risque de développer des troubles psychiatriques [38]. Cette absence de protection et la survenue d'évènements traumatique peut induire une méfiance envers l'adulte, non perçu comme sécurisant ou aidant, surtout lorsque les violences se prolongent dans le pays d'arrivée.

Deux études longitudinales récentes, menées par Müller et al. et Jensen et al. [39,40], ont mis en évidence la persistance des symptômes psychiques sévères chez les MNA, en lien direct avec ces conditions de vie précaires et l'absence de réseau social de soutien.

Dans une étude norvégienne, Jore [37] montre par ailleurs que le manque d'intégration linguistique et sociale constitue un facteur indépendant de risque d'anxiété sociale, renforçant le retrait, l'auto-dévalorisation et le désengagement des jeunes, indépendamment des traumatismes pré-migratoires.

Enfin, la rupture culturelle constitue un facteur de vulnérabilité psychique majeur. À leur arrivée, les MNA sont confrontés à un processus d'acculturation, défini comme l'ensemble des transformations psychologiques, sociales et identitaires qui résultent du contact prolongé entre cultures différentes [41]. Ce processus implique à la fois l'adaptation à de nouveaux cadres normatifs (sociaux, scolaires, familiaux) et la perte partielle ou complète des repères culturels d'origine, sans que les jeunes disposent toujours des ressources nécessaires pour en atténuer les effets.

Ce déséquilibre est d'autant plus marqué en l'absence de médiation interculturelle, de traduction, ou de soutien psychopédagogique adapté. Les jeunes peuvent alors être confrontés à des malentendus culturels, des conflits de valeurs (notamment liés au genre, à l'autorité ou à la religion), et un sentiment d'exclusion, notamment dans le cadre scolaire ou dans leurs relations aux institutions. Cette situation crée un stress acculturatif, qui peut se traduire par une désorientation identitaire, une baisse de l'estime de soi et un retrait social. [25,42]

Ces résultats confirment que les politiques d'accueil et les dispositifs de prise en charge doivent aller au-delà de la seule protection physique pour inclure des actions concrètes sur les dimensions sociales, éducatives, relationnelles et symboliques de l'intégration. Sans cela, les facteurs post-migratoires deviennent eux-mêmes un terrain chronique d'exposition au stress, maintenant les jeunes dans un état de vulnérabilité prolongée.

L'adolescence est ainsi un facteur de vulnérabilité majeur, susceptible d'aggraver l'impact des traumatismes migratoires et de favoriser d'autant plus l'émergence de troubles psychiatriques.

2.2 Épidémiologie des troubles psychiatriques chez les MNA

Depuis les années 2000, les recherches sur la santé mentale des MNA se sont considérablement développées, à mesure que les flux migratoires se sont intensifiés vers l'Union européenne et l'Amérique du Nord. Plusieurs revues de la littérature publiées au cours de la dernière décennie confirment la prévalence élevée des troubles psychiatriques dans cette population, avec des taux plus élevés que dans la population générale et que chez les mineurs migrants accompagnés.

Des données montrent qu'environ 40% des MNA présentent les symptômes correspondant aux critères diagnostiques d'un trouble psychiatrique [43].

2.2.1 Résultats des revues systématiques internationales

Une revue récente conduite par Bamford [6] a synthétisé les principaux résultats sur la santé mentale des MNA publiés entre 2018 et 2021. Elle montre que les troubles les plus fréquemment retrouvés sont le trouble de stress post-traumatique (TSPT), les troubles anxieux, la dépression et, dans une moindre mesure, les troubles du comportement. Les études retenues rapportent des taux de présence de troubles psychiatriques allant de 20% à 65% selon les contextes, les échantillons et les outils méthodologiques utilisés.

La revue systématique de Andrea Daniel-Calveras et al [7], spécifiquement centrée sur les MNA en Europe, confirme ces données :

- TSPT : entre 4,6 et 43%
- dépression : entre 2,9 et 61,9%
- anxiété : entre 32,6 et 38,2%
- trouble du comportement : entre 4 et 14,3%

Les études montrent que les taux de TSPT, de dépression et d'anxiété dépassent largement ceux de la population adolescente générale et restent même significativement plus élevés que chez les mineurs migrants accompagnés, ce qui pourrait refléter l'exposition accrue à des événements traumatiques graves, tels que les violences physiques, la détention, la torture ou les meurtres [44], et le retentissement de la séparation de figures parentales ou d'autres adultes pouvant assurer leur protection.

Les disparités entre les résultats des différentes revues de la littérature s'expliquent en grande partie par des divergences méthodologiques : composition des échantillons, outils de mesure employés, ou encore rigueur des protocoles utilisés dans les études analysées [6,44]. Il a notamment été observé que les taux de symptômes rapportés sont souvent plus élevés lorsqu'ils sont évalués par des questionnaires standardisés, comparativement aux entretiens cliniques. Par ailleurs, le contexte géopolitique au moment de l'enquête, en particulier l'existence ou l'aggravation de conflits armés dans le pays d'origine, peut avoir un impact non négligeable sur l'état psychologique des jeunes migrants récemment arrivés dans les pays d'accueil. [45]

D'autres diagnostics ont été retrouvés chez les MNA, à savoir le trouble de la personnalité état-limite (borderline), les troubles développementaux, le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), avec des taux de prévalence plus faibles que pour le TSPT, la dépression et l'anxiété, mais à des taux comparables à ceux de la population générale. A noter cependant, que ces diagnostics restent peu évalués dans les études traitant des troubles psychiatriques chez les MNA.

2.2.2 Etudes longitudinales

Bien que de nombreuses recherches transversales aient mis en évidence une forte prévalence de troubles psychiatriques chez les mineurs non accompagnés (MNA), les études longitudinales restent peu nombreuses. Celles qui existent présentent des résultats contrastés, bien que plusieurs tendances émergent.

D'une part, plusieurs études ont mis en évidence une persistance élevée des symptômes dans le temps, traduisant une chronicité des troubles psychiques. Ainsi, les travaux de Müller [46] et de Jensen [40] ont montré que les niveaux de TSPT, d'anxiété et de dépression restaient globalement stables durant les premières années suivant l'arrivée dans le pays d'accueil. Dans l'étude de Jensen [40], menée en Norvège, les symptômes de dépression ont diminué au bout de cinq ans, mais les niveaux d'anxiété, de TSPT et de symptômes comportementaux sont restés significativement élevés. Près de 42% des jeunes présentaient encore des niveaux cliniques de TSPT cinq ans après leur arrivée, et le niveau de stress quotidien apparaissait comme le prédicteur principal de la symptomatologie persistante.

D'autres études confirment cette stabilité inquiétante des troubles psychiques. Vervliet [47], dans un suivi sur 18 mois mené en Belgique, n'ont pas observé de diminution significative des symptômes d'anxiété, de dépression ou de TSPT, bien que certains jeunes aient bénéficié d'un accompagnement. De manière similaire, Bean [48], dans une large étude aux Pays-Bas, ont rapporté que 50% des MNA présentaient des niveaux sévères de détresse psychologique à l'arrivée, qui se maintenaient à un an de suivi. Les prédicteurs les plus puissants de la symptomatologie persistante étaient les troubles initiaux eux-mêmes et le nombre d'événements traumatiques et de facteurs de stress quotidiens vécus.

D'autres travaux, comme ceux de Jakobsen [49], soulignent également l'impact des conditions de prise en charge sur l'évolution des troubles : les jeunes placés dans des structures à faible soutien ou dans des centres pour adultes présentaient des niveaux de détresse plus élevés lors du suivi, notamment en cas de refus d'asile. Ces résultats montrent combien la qualité du soutien institutionnel peut jouer un rôle modulateur.

Certaines études ont néanmoins relevé des évolutions plus nuancées. Par exemple, dans une étude de suivi sur deux ans en Norvège, près de 40% des jeunes présentant initialement un TSPT ont vu leurs symptômes régresser en dessous du seuil clinique, tandis que 47,8% de ceux qui ne présentaient pas de TSPT à l'inclusion en développaient ultérieurement [50].

Globalement, les données longitudinales confirment que les MNA restent exposés durablement à une souffrance psychique, avec des évolutions hétérogènes selon les profils. Si certains parviennent à une amélioration, beaucoup voient leurs symptômes persister ou s'aggraver, en lien avec des facteurs de stress quotidiens,

un faible soutien social, ou une prise en charge inadéquate. Ces résultats justifient la nécessité d'un suivi à long terme, d'un dépistage répété et de programmes thérapeutiques adaptés.

2.2.3 Enjeux transculturels

L'évaluation clinique des troubles psychiatriques comporte un risque important d'erreur diagnostique, particulièrement en raison des différences culturelles entre le professionnel de santé et le jeune migrant, des différences de langue et symptômes spécifiques à certaines cultures [51,52]. Ce phénomène est particulièrement marqué pour les MNA, pour qui les références culturelles peuvent influencer la manière dont la souffrance psychique se manifeste et est interprétée. Par exemple, certaines expressions culturelles de la détresse, telles que des visions, des croyances spirituelles ou des rituels de purification, peuvent être interprétées à tort comme des signes de décompensation psychotique par un clinicien non familiarisé avec le contexte culturel du jeune [53,54]. Ces erreurs diagnostiques pourraient éclipser des diagnostics plus appropriés, comme le TSPT ou la dépression, ce qui peut conduire à une prise en charge inappropriée.

L'une des approches proposées pour éviter ces biais diagnostiques est l'Entretien de formulation culturelle (EFC), introduit dans le DSM-IV et maintenant intégré dans le DSM-5. Cet entretien, qui comporte une série de 16 questions, permet au clinicien de mieux comprendre les facteurs culturels qui façonnent l'expression des troubles chez les MNA. L'EFC explore plusieurs dimensions : l'identité culturelle du patient, les représentations culturelles de la souffrance, les facteurs de stress psychosociaux, et les dynamiques relationnelles entre le jeune et

le clinicien. En intégrant ces éléments dans l'évaluation, l'EFC aide à une identification plus précise des symptômes, tout en prenant en compte les influences culturelles qui peuvent les modeler. [51,55,56]

En somme, l'évaluation clinique des MNA doit impérativement inclure une dimension transculturelle, permettant ainsi une approche plus complète et ajustée aux spécificités de chaque jeune, et contribuant à éviter les erreurs diagnostiques tout en garantissant une prise en charge adéquate et adaptée.

3 Accès aux soins psychiatriques : obstacles et limites

L'accès aux soins psychiatriques pour les mineurs non accompagnés (MNA) demeure profondément entravé par un ensemble de barrières structurelles, administratives et culturelles. Bien que cette population cumule des facteurs de vulnérabilité majeurs et présente une prévalence élevée de troubles psychiatriques, le recours effectif à une prise en charge dans les services conventionnels et spécialisés reste limité.

3.1 Obstacles structurels

Les obstacles structurels relèvent à la fois du manque de dispositifs adaptés et de la lenteur des délais d'accès aux soins. En France, l'offre de soins en santé mentale pour les adolescents est déjà sous tension, avec des délais d'attente pouvant aller jusqu'à plusieurs années dans les centres médico-psychologiques

(CMP), et une pénurie croissante de pédopsychiatres et de psychiatres adultes. Les MNA, dont les parcours sont marqués par l'instabilité résidentielle et les ruptures, peinent à s'inscrire dans des parcours de soin continus, ce qui nuit à la régularité des suivis thérapeutiques. [57]

Les structures d'accueil généralistes comme les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé), bien que jouant un rôle crucial en première intention, ne sont pas toujours formées aux problématiques psychotraumatologiques spécifiques aux MNA, et les consultations psychiatriques y sont rares. Selon l'étude de Guégan et Rivollier [58], les jeunes interrogés exprimaient une satisfaction globale, mais leur accès restait largement conditionné à la prescription de médicaments, perçus comme l'objectif principal du soin.

3.2 Obstacles administratifs et juridiques

Les contraintes administratives sont un frein majeur à l'accès aux soins psychiatriques. Avant d'obtenir une reconnaissance officielle comme MNA, les jeunes ne peuvent pas accéder aux droits de la sécurité sociale, ce qui limite leur prise en charge médicale. L'ouverture des droits (AME ou PUMA) est souvent retardée par des démarches complexes, mal comprises par les jeunes eux-mêmes et parfois par leurs accompagnants, notamment leurs éducateurs. [58]

Par ailleurs, l'instabilité liée à leur statut migratoire (attente de reconnaissance de minorité, demande d'asile, absence de représentant légal) génère une insécurité constante, la priorisation étant dirigée vers l'urgence administrative et les enjeux de stabilité dans leur formation, plutôt que vers leur santé mentale, rendant incompatible

l'investissement des suivis psychothérapeutiques nécessitant continuité et ancrage. La peur d'un rejet de demande d'asile ou d'une expulsion prochaine alimente l'angoisse et entrave la projection dans un soin de long terme.

3.3 Obstacles linguistiques et culturels

Les barrières linguistiques et culturelles constituent un frein supplémentaire majeur. De nombreux jeunes ne parlent pas ou peu la langue du pays d'accueil au moment de leur arrivée, ce qui complique la communication avec les professionnels de santé. L'absence de médiation interculturelle, ou d'interprètes formés à la santé mentale, augmente le risque de malentendus, de diagnostics erronés et de rupture de suivi précoce.

Par ailleurs, la méconnaissance des concepts occidentaux de santé mentale peut mener à une non-demande de soin, voire à un rejet du soin. Certains MNA redoutent la stigmatisation associée aux troubles psychiques ou à l'idée de consulter un "psy", perçu comme un signe de « folie » et de trouble psychiatrique sévère. [59]

Dans certaines cultures, parler de ses difficultés personnelles ou familiales est associé à la honte ou à la culpabilité, ce qui limite l'engagement dans une thérapie. Les MNA ont souvent besoin d'être rassurés sur la neutralité du thérapeute, et attendent de celui non seulement une écoute attentive mais aussi des réponses concrètes à leurs difficultés actuelles [60]. Toutefois, il existe une hétérogénéité : si beaucoup de MNA ne reconnaissent pas d'emblée l'intérêt de la thérapie, d'autres soulignent qu'elle a été bénéfique. Il est par ailleurs établi que la réélaboration des souvenirs traumatiques constitue une étape essentielle dans le traitement des

troubles psychiques liés au trauma, même si elle n'est pas toujours perçue comme pertinente par les jeunes dans un premier temps [61].

Enfin, le rapport au corps médical est souvent influencé par les expériences vécues dans les pays d'origine, où les systèmes de santé sont parfois déficients ou corrompus. Les jeunes MNA associent parfois le soin au traitement somatique urgent et n'identifient pas spontanément l'utilité d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique au long cours. [58]

4 Dispositifs existants de prise en charge pour les MNA

La reconnaissance progressive des vulnérabilités psychiques des MNA dans différents pays européens a conduit à la mise en place de dispositifs variés, combinant hébergement, accompagnement éducatif, suivi médical et soutien psychologique. Cette section propose un tour d'horizon des approches développées à l'échelle européenne.

4.1 Dispositifs existants en Europe

Nous proposons une palette non exhaustive des dispositifs de soin psychiatrique et psychologique mis en place pour les MNA en Europe.

En Suède, les MNA bénéficient d'un suivi psychologique précoce intégré aux structures d'accueil, avec une coordination entre services de santé, travailleurs sociaux et éducateurs. Ces dispositifs incluent souvent des bilans psychologiques à

l'arrivée, un accompagnement pluridisciplinaire et un soutien éducatif adapté. Ce suivi repose notamment sur le programme BBIC (Barns Behov I Centrum ; « les besoins des enfants au centre ») qui permet une évaluation globale des besoins de l'enfant [62].

En Italie, la loi Zampa (2017) garantit un cadre juridique clair pour la protection des MNA. L'évaluation pluridisciplinaire (pédiatre, psychologue, assistant social) et la nomination rapide d'un tuteur sont obligatoires. Certaines villes comme Bologne ont expérimenté des dispositifs territoriaux d'intégration incluant le soin psychique [62,63]. Il est important de préciser néanmoins que la mise en œuvre de la loi Zampa reste hétérogène selon les régions.

En Espagne, une unité spécialisée au sein de la police nationale est chargée de la prise en charge initiale des MNA. Des programmes socio-éducatifs existent offrant notamment un accompagnement spécifique et une prise en charge psychologique spécialisée. Il existe des structures spécifiquement adaptées aux troubles mentaux ainsi qu'aux troubles du comportement [62].

En Belgique, un service de santé mentale a vu le jour à Bruxelles, le service Ulysse, spécialisé dans l'accompagnement de personnes exilées en précarité de séjour et en souffrance psychique. Il propose des consultations individuelles intégrant la médiation interculturelle ainsi que des activités groupales, notamment un atelier « Espace jeunes » à destination des jeunes exilés âgés de 15 à 20 ans [64,65].

Au Royaume-Uni, les MNA sont pris en charge par les autorités locales, qui assurent un hébergement et une évaluation de santé systématique dès leur arrivée. Si besoin, un suivi psychologique est proposé via les services de santé locaux. Un

plan de parcours personnalisé est mis en place pour chaque jeune, incluant les volets médicaux, sociaux et éducatifs [66].

En Allemagne, les MNA relèvent des services de protection de la jeunesse (Jugendhilfe). Ils bénéficient alors, au même titre que les autres mineurs, de l'assistance médicale fournie par l'Office de la jeunesse, incluant les soins médicaux, ainsi que le suivi psychologique en fonction des besoins individuels. Un examen médical initial est systématiquement réalisé, bien que l'évaluation approfondie des besoins thérapeutiques et psychologiques varie selon les Länder, avec des difficultés signalées notamment dans l'accès aux soins spécialisés en santé mentale [66,67].

Aux Pays-Bas, les MNA sont pris en charge par l'agence COA (Centraal Orgaan opvang asielzoekers ; Agence centrale d'accueil des demandeurs d'asile). En effet, la plupart des MNA déposent une demande d'asile aux Pays-Bas, la seule alternative légale étant la préparation au retour dans leur pays d'origine. Ils disposent alors des même droit que les mineurs néerlandais [66].

En Suisse, le canton de Vaud a mis en place en 2020 l'Unité transculturelle de l'enfant et de l'adolescent (UTEA), rattachée au CHUV, afin de répondre aux besoins des MNA en santé mentale. Cette équipe mobile pluridisciplinaire (médecin, psychologue, infirmier), systématiquement accompagnée d'un interprète, intervient dès le premier mois d'accueil dans les foyers éducatifs. Elle propose une série de quatre entretiens initiaux, à la fois évaluatifs et thérapeutiques, permettant d'aborder les troubles somatoformes, du sommeil ou plus diffus, et de construire une alliance clinique. L'approche vise à déstigmatiser le soin psychique, à repérer les souffrances internes souvent invisibles, et à articuler la suite du parcours (suivi spécialisé ou

orientation) dans une logique de co-construction avec le réseau éducatif et social du jeune. [68]

Ces exemples européens montrent que l'institutionnalisation d'un parcours de soins adapté aux MNA reste inégale selon les contextes nationaux. Les dispositifs les plus complets associent une coordination interdisciplinaire et des suivis précoces et prenant en compte les dimensions transculturelles.

4.2 Dispositifs existants en France

4.2.1 Avant la reconnaissance de la minorité : dispositifs de premier recours

Avant toute reconnaissance officielle, les jeunes ne bénéficient pas de la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), ce qui limite leur accès aux soins de premier recours.

4.2.1.1 *Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)*

Les MNA peuvent alors avoir recours aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dispositifs hospitaliers facilitant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, y compris les personnes sans couverture sociale. Dans les Hauts-de-France, on dénombre 26 PASS : 19 dans le Nord et 7 dans le Pas-de-Calais, dont trois spécialisées en psychiatrie (EPSM Lille Métropole à Armentières, EPSM de l'Agglomération Lilloise à Saint-André-Lez-Lille, et CH Cambrai/CH Le

Cateau) [69]. De manière générale, malgré la présence de ces PASS spécialisées sur le territoire, ces structures manquent de psychiatres et de psychologues, limitant leur capacité à détecter et prendre en charge les troubles mentaux. Par ailleurs, les spécificités culturelles des jeunes exilés complexifient l'évaluation clinique comme précisé précédemment, pouvant conduire à des erreurs de diagnostic et à des traitements inadaptés. Ces structures offrent donc la possibilité d'une évaluation et de soins médicaux, mais ne peuvent se substituer à un réel suivi psychiatrique. [11]

4.2.1.2 *Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)*

Les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) sont déployées pour aller à la rencontre des personnes en grande vulnérabilité, en situation d'errance, d'exclusion ou sans hébergement stable. Elles interviennent directement sur le terrain, proposant une évaluation clinique, un soutien psychologique et une orientation vers des soins structurés. Dans les Hauts-de-France, 13 EMPP sont aujourd'hui actives, réparties sur tout le territoire régional [70]. Composées d'équipes pluridisciplinaires (psychiatre, infirmiers, psychologue, assistants sociaux), elles sont également amenées à sensibiliser les acteurs de première ligne (travailleurs sociaux, hébergeurs) aux enjeux de la santé mentale [71]. Historiquement pensées pour répondre aux besoins de la population adulte, leur intervention auprès des mineurs reste conditionnée à l'existence d'une autorisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'à la présence de compétences spécifiques au sein de l'équipe. Malgré leur rôle clé pour créer un lien avec les publics migratoires primo-arrivants, les EMPP font face à des ressources humaines limitées (d'autant plus avec des

compétences en pédopsychiatrie), à une coordination parfois insuffisante et à des ruptures de suivi accentuées chez les MNA [72].

4.2.1.3 Dispositifs associatifs

Au-delà des structures hospitalières, certaines associations ont développé des dispositifs souples, pluridisciplinaires et ancrés dans les réalités de terrain pour répondre aux besoins des MNA.

L'une d'elles est « Médecins du Monde », particulièrement engagée auprès de ces jeunes à travers ses programmes à Caen, Nantes, Paris, ainsi que dans ses Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) ou lors de maraudes menées à Marseille, Lyon, Bordeaux, Saint-Denis, à la frontière franco-italienne ou encore sur le littoral du Nord-Pas-de-Calais. Présents dans de nombreuses villes, ces dispositifs proposent un accompagnement global (médical, psychologique et social) aux MNA exclus de la protection de l'enfance, à travers des consultations, des maraudes et des ateliers collectifs. L'association déploie également depuis 2018 une permanence d'écoute psychologique à Paris, pensée comme un espace de prévention des décompensations psychiques. [73,74]

4.2.2 Après la reconnaissance de la minorité

Une fois le jeune reconnu comme mineur et pris en charge par l'ASE, il peut bénéficier des structures de soins psychiatriques de droit commun, à l'instar de tout adolescent sur le territoire.

L'organisation des soins psychiatriques en France repose sur le principe de sectorisation : chaque territoire est couvert par un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

4.2.2.1 Structures de droit commun

L'offre de soins s'articule autour des CMP (Centre Médico-Psychologiques), dispositifs sectoriels de proximité, qui sont la porte d'entrée privilégiée des soins psychiatriques ambulatoires pour les mineurs. Ils sont au nombre de 26 dans le département du Nord [75].

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) interviennent auprès des enfants et adolescents présentant des difficultés psycho-pédagogiques, ils sont alors souvent peu adaptés aux situations de précarité et aux troubles psychiatriques sévères.

Quant aux Maisons des Adolescents (MDA), elles ont pour principe de prendre en charge les adolescents dans toutes leurs dimensions, somatique, psychologique, scolaire, éducative, psychiatrique. Cette approche pluridisciplinaire offrent un cadre intéressant pour accompagner les jeunes en situation de rupture, bien que toutes les MDA ne disposent pas de compétences transculturelles [76,77].

A noter que le rapport de la Cour des comptes de 2023 [78] souligne de graves dysfonctionnements dans l'organisation de la pédopsychiatrie en France : pénurie croissante de pédopsychiatres, délais d'attente très importants, inégalités territoriales et gouvernance peu efficiente. Ainsi, pour palier à l'absence de prise en charge, de nombreux mineurs ont alors recours aux urgences. Comme souligné par Lyna Chami dans son étude au sein du Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de l'hôpital Sainte-Anne à Paris, ces jeunes arrivent en pleine crise, souvent dans un état de détresse psychique intense. Les hospitalisations alors en urgence, bien que parfois indispensables, s'inscrivent rarement dans un parcours de soin continu, traduisant plutôt une défaillance des dispositifs ambulatoires.

Cela est également mis en évidence dans l'étude de Ramel [79], qui montre que les jeunes migrants accèdent plus fréquemment aux soins psychiatriques par le biais des services d'urgence. Ils y sont souvent adressés en situation de crise aiguë et présentent des manifestations sévères telles que des passages à l'acte auto-agressifs ou une anxiété intense. Dans la majorité des cas, aucun antécédent de consultation psychiatrique préalable n'est retrouvé.

4.2.2.2 Consultations transculturelles

Les consultations transculturelles ont pour objectif principal d'améliorer la prise en charge des patients, en tenant compte de leurs croyances, de leurs représentations de la maladie et de leur contexte socioculturel. Ces dispositifs offrent un cadre groupal intégrant plusieurs cliniciens, interprètes et médiateurs culturels.

Elles peuvent accueillir les enfants et leurs parents, ou les adolescents et leur éducateur, dans des services répartis dans différentes villes de France, notamment à Tourcoing, au sein de l'EPSM Lille Métropole, avec la consultation transculturelle « D'ici et d'ailleurs ». Ce dispositif, animé par une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatre, psychologue,, infirmier, psychomotricienne, ergothérapeute, assistante sociale, interne en psychiatrie et interprète-médiateur interculturel), accueille des enfants et adolescents issus de parcours migratoires. Lors de mon semestre à l'EPSM, j'ai pu observer le fonctionnement de ces consultations : un thérapeute principal y mène l'entretien tandis que les co-thérapeutes interviennent sous la proposition du thérapeute principal, pour apporter leurs interprétations emprunt de leur vécu culturel, toujours reformulés ensuite par le thérapeute principal, puis traduite par l'interprète médiateur. Ceci créé ainsi une dynamique groupale riche et un contact avec l'altérité afin de favoriser le décentrage pour aborder la problématique du patient. L'interprète-médiateur joue un rôle central, à la fois comme traducteur linguistique et comme passeur culturel, expliquant les implicites culturels et les non-dits qui émergent durant les consultations. Ce dispositif s'appuie sur les principes de la clinique transculturelle, où la pluralité des regards professionnels permet une approche holistique des problématiques des jeunes patients.

À Bordeaux, le Dr Claire Mestre coordonne un dispositif intégrant psychiatrie, anthropologie clinique et médiation culturelle, avec un fort ancrage dans l'histoire familiale et traumatique du jeune. L'équipe de la consultation est là aussi pluridisciplinaire, elle se compose de psychiatres, de psychologues, d'anthropologues et d'interprètes formés à ce travail clinique spécifique. Les soins de

psychothérapie qui y sont dispensés peuvent s'accompagner de médiations artistiques, corporelles, culturelles [80,81].

À Créteil, la consultation du service universitaire de pédopsychiatrie de l'hôpital intercommunal accueille des jeunes exilés et leurs familles autour de dispositifs de soin collectifs, avec interprétation systématique, travail en réseau, et soutien aux institutions partenaires [82].

Dans plusieurs villes, comme à Nantes [83], des consultations similaires ont été mises en place, partageant les mêmes principes.

4.2.2.3 Consultations transculturelles spécifiques aux MNA

La consultation NATMIE (Nouvel Accueil Transculturel pour Mineurs Isolés Étrangers), piloté par l'équipe de la Maison de Solenn à Paris (AP-HP), est un dispositif transculturel dédié aux MNA souvent adressés après plusieurs échecs de prise en charge médicale ou psychologique. Elle s'inscrit dans un écosystème plus large incluant Med'Alliance, dispositif de médiation et de conseil créé en partenariat avec la Ville de Paris pour faciliter l'articulation entre institutions sociales et soins spécialisés.

Ces deux dispositifs mobilisent une équipe pluridisciplinaire commune (psychiatre, psychologue, éducateur et interprète-médiateur interculturel) pour offrir un accompagnement adapté aux parcours migratoires complexes. Med'Alliance intervient en amont pour dénouer des situations de crise ou d'incompréhension culturelle, tandis que NATMIE prend le relais pour les suivis nécessitant une prise en charge clinique structurée.

Leur approche combinée associe rigueur clinique et approche transculturelle, évitant les écueils des malentendus culturels. Des outils narratifs (comme les objets de médiation) y sont employés pour reconstruire une continuité psychique chez ces adolescents aux histoires fragmentées.

Cette approche groupale facilite l'alliance thérapeutique avec ces jeunes tout en soutenant les professionnels qui les accompagnent au quotidien. [84,85]

Au Havre, s'est créée en 2022 au sein du pôle psychiatrie du groupe hospitalier, dans le même principe, une consultation transculturelle d'évaluation, d'orientation et de coordination destinée spécifiquement aux MNA. [86]

4.2.2.4 Consultations orientées psychotrauma spécifiques pour les MNA

Les consultations psychotrauma spécifiquement dédiées aux MNA sont encore rares en France. Parmi les dispositifs repérés, on retrouve la consultation du Dr Espi à Lyon, au sein du Centre Régional du Psychotraumatisme (CRP), qui propose un parcours de soins spécifiques en groupe destinés aux MNA.

4.2.3 Espaces d'appui aux professionnels

L'accompagnement des MNA confronte les professionnels de santé, du social, de l'éducation ou de la justice à des situations complexes, mêlant altérité culturelle, traumatismes migratoires et précarité juridique. Face à cette réalité, plusieurs dispositifs ont émergé pour soutenir les intervenants, les aider à décrypter les situations cliniques et éviter l'épuisement professionnel.

À Tourcoing, la consultation transculturelle "D'ici et d'ailleurs" [87], rattachée à l'EPSM Lille Métropole, propose des supervisions cliniques à destinations des professionnels ainsi qu'un séminaire mensuel ouvert à tous les acteurs du territoire (champ sanitaire, médico-social, éducatif, judiciaire). Ces rencontres offrent un espace de réflexion partagée sur diverses thématiques autour des enjeux transculturels et des difficultés pratiques rencontrées dans l'accompagnement des jeunes exilés.

À Bordeaux, la consultation de médecine transculturelle de l'hôpital Saint-André (CHU de Bordeaux) a développé depuis 2013 des rencontres interprofessionnelles bimestrielles destinées aux acteurs de la Nouvelle-Aquitaine engagés auprès des MNA. Ces séances pluridisciplinaires (psychologues, éducateurs, soignants, enseignants) permettent un travail collectif sur les représentations, les pratiques, et les ressentis contre-transférentiels. L'analyse des situations cliniques, croisée avec les apports de l'anthropologie et de la psychanalyse, favorise le décentrement, la déconstruction des malentendus culturels et le développement de compétences transculturelles. Ces espaces, en rompant l'isolement des professionnels, participent à la qualité de la relation éducative et thérapeutique et soutiennent l'émergence de pratiques ajustées aux parcours migratoires. [88]

À Nantes, la consultation transculturelle propose également un appui clinique aux professionnels (éducateurs, soignants, enseignants), sous forme d'échanges, de réunions ou de synthèses autour de situations complexes, avec possibilité

d'orientation secondaire vers une prise en charge, ainsi que des formations et des sensibilisation à la clinique transculturelle. [83]

Dans même, Med'Alliance agit, au-delà de sa fonction clinique, comme un dispositif ressource pour les professionnels. Il leur offre un accompagnement complet, combinant analyse des situations complexes, médiations partagées et soutien post-crise. Le dispositif inclut des supervisions régulières et une orientation efficace vers des partenaires spécialisés, renforçant ainsi les compétences transculturelles des équipes, permettant donc un meilleur accompagnement des jeunes. [89]

4.3 Prise en charge des MNA dans le Nord

4.3.1 Dispositifs éducatifs et psychologiques de l'ASE : TRAJET et GME

Dans le département du Nord, la prise en charge des MNA au sein de l'ASE repose sur deux dispositifs clés : TRAJET (Trajectoire d'Accompagnement des Jeunes Étrangers) et GME (Groupement Momentané d'Entreprises). Tous deux interviennent dans l'hébergement et l'accompagnement éducatif des jeunes, après leur reconnaissance de minorité et d'isolement.

C'est l'association COALLIA qui a été mandatée pour les missions de mise à l'avri et d'évaluation de minorité et d'isolement en lien étroit avec le service EMA (Évaluation et Mise à l'Abri) à la Préfecture de Lille, qui constitue la porte d'entrée du dispositif. Les jeunes s'y présentent, souvent via des maraudes, présentation spontanée auprès des services de police ou signalements associatifs, pour une évaluation

sociale en deux temps qui aboutit à la reconnaissance, ou non, de leur minorité et de leur isolement.

Sur le plan psychologique, la prise en charge varie selon les structures. TRAJET dispose de psychologues répartis sur plusieurs sites, et d'une équipe mobile d'appui pour accompagner les situations complexes. Le GME propose un soutien psychologique plus limité, mais peut mobiliser une équipe d'appui comprenant psychologues et juriste pour intervenir auprès des jeunes et des équipes éducatives.

Malgré cet encadrement éducatif et psychologique, les professionnels font état d'une augmentation notable des situations complexes, marquées par des décompensations psychiatriques fréquemment associées à des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs pouvant mener à des hospitalisations. Si les structures peuvent initier des prises en charge psychologiques, l'accès aux soins psychiatriques spécialisés reste limité.

Ces constats ont fait émerger le besoin d'une réponse adaptée, articulant évaluation, orientation et accompagnement psychiatrique, en lien étroit avec les acteurs éducatifs. C'est dans ce contexte qu'est né le projet d'équipe mobile pédopsychiatrique MEOPSY.

4.3.2 L'équipe mobile MEOPSY

Parmi les différentes initiatives présentées précédemment, le dispositif MEOPSY, mis en place au CHU de Lille, constitue un exemple concret d'action locale spécifiquement destiné aux MNA. Cette équipe mobile d'évaluation et d'orientation psychiatrique, créée dans le département du Nord, intervient auprès des

mineurs non accompagnés (et jeunes majeurs ex-MNA sous contrat jeune majeur) pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Composée d'un pédopsychiatre, d'un·e infirmier·e, d'un psychologue et d'internes en psychiatrie, MEOPSY a pour objectif central de faciliter l'accès aux soins et d'assurer la continuité des prises en charge psychiatriques.

Contrairement à une prise en charge conventionnelle, MEOPSY agit de façon intersectorielle et mobile, en allant à la rencontre des jeunes dans des lieux proches de leur cadre de vie, pour éviter les ruptures de suivi souvent provoquées par des déplacements géographiques, des délais d'attente trop longs, ou le refus de soins. Elle intervient notamment lorsqu'une orientation vers un CMP est compromise (refus, absence de structure proche, post-hospitalisation...), ou en appui ponctuel à une prise en charge existante. Chaque intervention débute par une fiche de saisine, envoyée par les psychologues des structures éducatives ou les professionnels référents. Une fois la demande clarifiée, une consultation groupale est proposée, en présence du jeune, d'un·e interprète, de l'éducateur·trice référent·e et, si possible, du·de la psychologue de l'équipe éducative.

L'approche clinique de MEOPSY repose sur une évaluation à double valence adolescente et transculturelle, particulièrement sensible à la question du parcours migratoire, des traumatismes éventuels et du contexte social. L'objectif est de repérer précocement les troubles psychiques, de proposer une prise en charge précoce et une orientation adaptée (vers les CMP, l'hôpital, ou une mise à disposition vers les psychologues des structures), avec le souci de maintenir un portage, lors de transition de soins lorsque les relais ne sont pas immédiatement à

l'œuvre. MEOPSY peut également assurer des consultations conjointes avec les services de secteur, afin de faciliter la continuité et l'intégration du parcours de soin.

En plus de son action clinique directe, MEOPSY propose un appui aux professionnels en renforçant les compétences des acteurs éducatifs et sociaux à travers des actions de sensibilisation et de formation, et en participant à un travail de réseau actif avec les structures sanitaires locales. L'équipe joue ainsi un rôle de médiateur entre les jeunes, les institutions éducatives et les dispositifs de soin, dans une optique de réduction des inégalités d'accès aux soins psychiatriques.

Le dispositif MEOPSY s'inscrit pleinement dans la logique décrite précédemment : une approche intégrative, souple et centrée sur les besoins spécifiques des MNA, en tenant compte des réalités de terrain. Son mode de fonctionnement transculturel, mobile et intersectoriel en fait un bon aperçu des soins pour ces jeunes.

C'est dans cette perspective que la seconde partie de ce travail de thèse s'attachera à analyser de manière quantitative les données issues des prises en charge réalisées par l'équipe MEOPSY, dans le but de mieux comprendre les profils cliniques rencontrés, et de formuler quelques hypothèses concernant les déterminants possibles d'accès aux soins.

DEUXIEME PARTIE :

étude quantitative sur les données de MEOPSY

1 Matériels et méthodes

1.1 Conception de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologie, observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique, portant sur les mineurs non accompagnés (MNA) et jeunes majeurs ex-MNA sous contrat jeune majeur, pris en charge par l'équipe mobile MEOPSY, menée sur une période de deux ans, entre le 01/01/2023 et le 31/12/2024.

L'objectif principal de l'étude est de décrire les caractéristiques sociodémographiques et les données d'accompagnement et de soins des MNA suivis par MEOPSY. L'objectif secondaire est de comparer les jeunes perdus de vue à ceux ayant été orientés, toujours suivis ou pour lesquels une indication psychiatrique a été levée, afin d'identifier d'éventuels facteurs associés aux ruptures de suivi.

1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient :

- être mineur.e non accompagné.e (MNA) ou majeur en contrat jeune majeur avec un accompagnement éducatif par l'ASE ;
- faire l'objet d'une demande d'intervention transmise à MEOPSY via une fiche de saisine entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 décembre 2024.

Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué.

1.3 Données collectées

Les données sociodémographiques des patients sont collectées systématiquement dès le début de l'accompagnement par la fiche de saisine à disposition des partenaires. La fiche de saisine est remplie par le.la psychologue du.de la MNA avec la collaboration des professionnels socio-éducatifs prenant en charge le.la MNA. Cette fiche de saisine (à retrouver en annexe) comprend : l'identité du.de la MNA, son hébergement, son parcours migratoire, son parcours éducatif, sa situation familiale, des renseignements médico-psychologiques (tels que les antécédents, les éventuels traitements et les bilans réalisés), le motif de la demande et enfin les modalités possibles de rencontre.

Le reste des données ont été collectées à partir des dossiers médicaux manuscrits élaborés par l'équipe mobile MEOPSY au cours des entretiens. Les diagnostics psychiatriques reposaient sur l'évaluation clinique non standardisée des pédopsychiatres et leurs prises de notes.

Les informations ont été centralisées manuellement dans une base structurée sous format EXCEL®.

Les variables collectées incluaient :

➤ Profil sociodémographique :

- Âge au début de la prise en charge MEOPSY
- Genre
- Pays de naissance
- Langues parlées
- Durée du voyage migratoire
- Durée de présence sur le territoire sans reconnaissance de minorité
- Secteur(s) d'hébergement
- Type d'hébergement

➤ Données d'accompagnement et de soins :

- Délai de prise en charge par MEOPSY
- Nombre total de consultations réalisées
- Lieu des consultations
- Ville(s) de consultation
- Nombre de consultations non honorées (absences non excusées)
- Présence d'un interprète
- Diagnostics cliniques posés
- Statut de suivi à la fin de l'accompagnement (toujours suivi, adressage, plus d'indication psychiatrique, perdu de vue)
- Durée totale du suivi
- Orientation(s) proposée(s) (CMP, autres structures de soins, libéral...)

1.4 Analyse des données

Les variables catégorielles ont été décrites par leur fréquence et leur proportion. Les variables quantitatives ont été décrites par leur médiane et leur écart interquartile.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel EXCEL®.

Une analyse comparative a été réalisée entre les adolescents perdus de vue et ceux toujours suivi ou orientés. Les comparaisons ont utilisé :

- le test exact de Fisher pour les variables qualitatives,
- le test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables quantitatives (compte tenu des effectifs modestes et de la non-normalité des distributions).

Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p = 0,05$.

L'analyse comparative ainsi que les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel R (version 4.4.2).

1.5 Cadre éthique

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la méthodologie de référence MR-004 définie par la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL). Le projet a été déclaré et validé par le Délégué à la Protection des Données (DPO) du CHU de Lille via le formulaire de conformité interne.

2 Résultats

Sur la période du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2024, un total de 52 mineurs non accompagnés (MNA) ont été pris en charge par l'équipe mobile MEOPSY. Les 52 MNA ont donc été inclus dans l'analyse (n = 52).

2.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population

	Effectif	%
Âge au début de la prise en charge MEOPSY		
14 ans	1	2%
15 ans	7	13%
16 ans	17	33%
17 ans	23	44%
18 ans	4	8%
Genre		
Homme	46	88%
Femme	6	12%
Pays de naissance		
Afghanistan	10	19%
Albanie	1	2%
Algérie	3	6%
Bangladesh	1	2%
Burundi	1	2%
Cameroun	3	6%
Côte d'Ivoire	4	8%
Egypte	1	2%
Gambie	2	4%
Ghana	1	2%
Guinée	10	19%
Koweït	1	2%
Mali	2	4%
Maroc	1	2%
Nigéria	1	2%
Pakistan	1	2%
République Démocratique Congo (RDC)	3	6%
Soudan	3	6%
Tunisie	2	4%
Ukraine	1	2%

Langues parlées		
Abon	1	2%
Albanais	1	2%
Anglais	5	10%
Arabe	11	21%
Bambara	3	6%
Bangou	1	2%
Bengali	1	2%
Dari	4	8%
Ewondo	1	2%
Français	25	48%
Lingala	2	4%
Malinké	4	8%
Ourdou	1	2%
Pachtou	9	17%
Peul	6	12%
Sourikai	1	2%
Soussou	3	6%
Swahili	1	2%
Ukrainien	1	2%
Durée médiane du voyage migratoire (en mois) [IQR]	5,24	[1,71 – 12,25]
Durée médiane sans reconnaissance de minorité (en jours) [IQR]	33	[20 – 89]
Durée médiane de séjour en France (en mois) [IQR]	10,94	[6,41 – 17,08]
Secteurs d'hébergement		
Aubers	1	2%
Bailleul	2	3%
Cambrai	3	5%
Cassel	2	3%
Coudekerque	3	5%
Croix	1	2%
Denain	1	2%
Douai	3	5%
Dunkerque	4	6%
Gravelines	1	2%
Lambersart	1	2%
Lille	6	10%
Loos	3	5%
Maubeuge	1	2%
Raismes	2	3%
Ronchin	2	3%
Roubaix	5	8%
Rouen	1	2%
Rousies	4	6%
Saint Pol Sur Mer	1	2%
Seclin	2	3%

Valenciennes	9	14%
Wambrechies	4	6%
Wasquehal	1	2%
Type d'hébergement		
Diffus	30	58%
Collectif	22	42%
Nombre de lieux d'hébergement au cours de leur prise en charge avec MEOPSY		
1 seul lieu	41	79%
2 lieux	11	21%

Tableau 1 - Caractéristiques sociodémographiques

IQR = écart interquartile

Les jeunes étaient majoritairement âgés de 16 à 17 ans au moment de la première prise en charge. Plus précisément, 44% avaient 17 ans, et 33% avaient 16 ans. Les adolescents de 15 ans et 18 ans représentaient respectivement 13% et 8% de l'échantillon, tandis que les 14 ans étaient très minoritaires (2%).

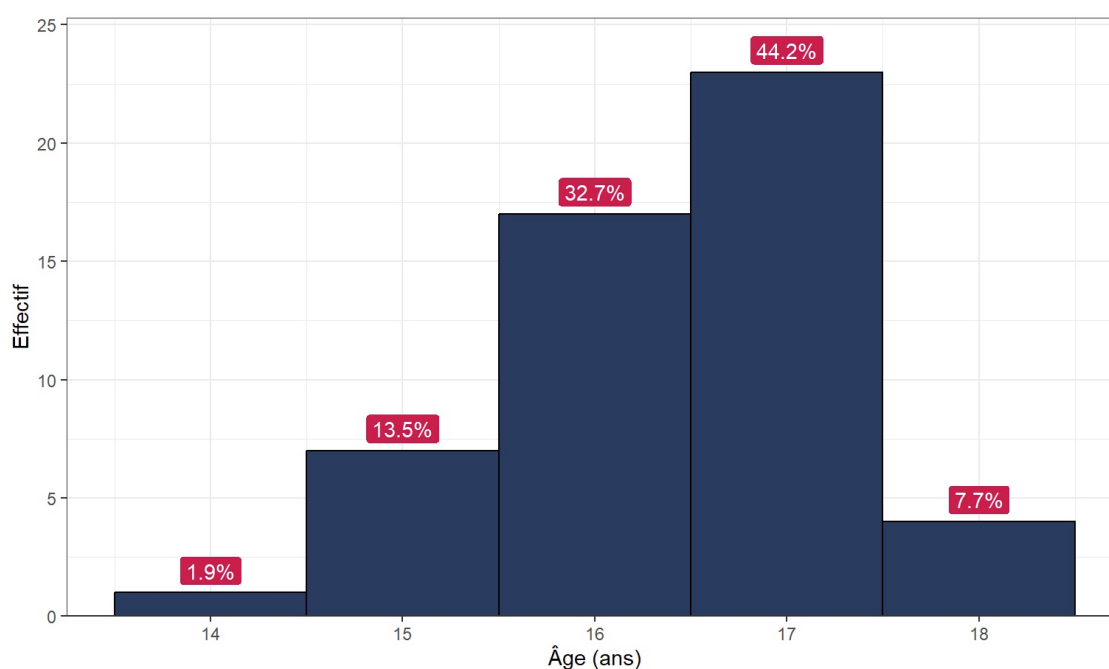


Figure 1 - Répartition des patients selon l'âge

La population était très largement masculine, avec 88% de garçons (n = 46) et seulement 12% de filles (n = 6).

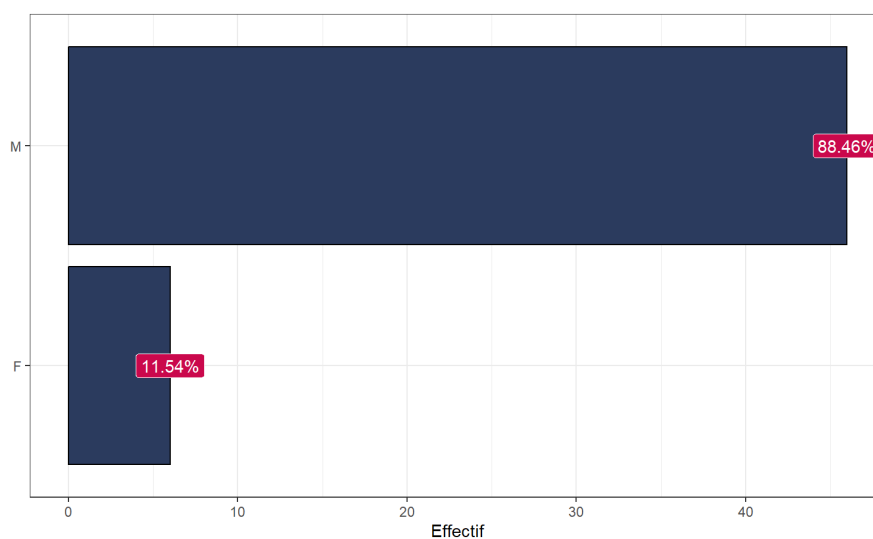


Figure 2 - Répartition des patients selon le genre

Les pays de naissance étaient diversifiés, avec 20 origines différentes recensées. Les plus fréquents étant la Guinée et l'Afghanistan. Les autres provenances incluaient notamment la Côte d'Ivoire, l'Algérie, le Cameroun, la RDC, le Soudan etc.



Figure 3 - Cartographie des pays de naissance des patients

La diversité linguistique était également importante, avec 19 langues rapportées. Les langues les plus souvent rapportées étaient le français (parlé par près de 50% des MNA), l'arabe (parlé par près de 20% des MNA), le pachtou et l'anglais. On retrouvait aussi plus minoritairement le dari, le malinké, le bambara, le soussou, le lingala, l'abon, l'albanais, le bangou, le bengali, l'ewondo, l'ourdou, le sourikai, le swahili et enfin l'ukrainien. Certains jeunes déclaraient parler plusieurs langues.

La durée du parcours migratoire, lorsqu'elle était renseignée, variait de quelques mois à plus d'un an, avec une médiane de 5 mois. Pour plusieurs jeunes, une durée de présence sur le territoire sans reconnaissance de minorité était précisée, avec des valeurs allant de quelques semaines à plusieurs mois, avec une médiane de près d'un mois. La durée de séjour en France (au moment de la demande faite à MEOPSY) variait quant à elle de 6 à 17 mois, avec une médiane de 11 mois environ.

Les lieux d'hébergement étaient répartis sur plusieurs communes du département. Les plus fréquemment mentionnées étaient Valenciennes, Lille, Roubaix, Dunkerque, Rousies et Wambrechies.

Concernant les conditions d'hébergement, 58% des jeunes étaient hébergés en dispositif diffus, et 42% en structure collective. La majorité avait connu un seul lieu d'hébergement au moment de la prise en charge (79%), tandis que 21% avaient déjà été déplacés dans au moins deux lieux différents.

2.2 Données d'accompagnement et de soins

	Effectif	%
Délai médian de PEC par MEOPSY (en jours) [IQR]	28	[16 – 39,50]
Nombre médian de consultations réalisées [IQR]	2	[1,00 – 5,00]
Lieu des consultations		
Bureau MEOPSY (MDA ou CHU de Lille)	44	27%
"Aller vers"	122	73%
Villes de consultation		
Bailleul	2	4%
Cambrai	3	6%
Cassel	2	4%
Coudekerque	1	2%
Douai	3	6%
Dunkerque	4	9%
Fâches-Thumesnil	1	2%
Lille	3	6%
Lomme	1	2%
Loos	3	6%
Maubeuge	1	2%
Ronchin	1	2%
Roubaix	5	11%
Rousies	2	4%
Seclin	1	2%
St Pol Sur Mer	1	2%
Tourcoing	1	2%
Valenciennes	8	17%
Wambrechies	2	4%
Wasquehal	2	4%
Nombre de consultations non honorées (ANE)	9	5%
Présence d'un interprète	84	51%
Diagnostics cliniques posés		
TSPT	24	46%
EDC	14	27%
Trouble anxieux	5	10%
Trouble psychotique	6	12%
Trouble de personnalité (borderline, histrionique)	2	4%
Trouble sévère de l'attachement	3	6%
Trouble de l'adaptation	2	4%
Deuil complexe persistant	4	8%
Trouble des conduites	1	2%
Trouble de l'usage de substances	9	17%
Syndrome catatonique	1	2%
Non vu	6	12%

Statut de suivi au 31/12/2024		
Toujours suivi	10	19%
Orienté	31	60%
Perdu de vue	11	21%
Durée médiane du suivi (en mois) [IQR]	3	[1,38 – 5,12]
Orientations proposées		
Structures ambulatoires (CMP/CMPP)	16	52%
Equipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)	2	6%
Fin d'accompagnement psychiatrique	13	42%

Tableau 2 - Données d'accompagnement et de soins

PEC = prise en charge ; IQR = écart interquartile ; ANE = absences non excusées

Le délai médian de prise en charge par l'équipe MEOPSY était de 28 jours. L'intervalle interquartile s'étendait de 16 à 39,5 jours.

Le nombre total de consultations par jeune était variable. La médiane était de 2 consultations, avec un intervalle interquartile allant de 1 à 5 consultations.

A savoir que la durée totale du suivi variait selon les situations. La durée médiane était de 3 mois, avec un écart interquartile allant de 1,38 à 5,12 mois.

La majorité des consultations ont eu lieu dans une dynamique « d'aller vers », représentant 73% des rencontres (n = 122). Les consultations organisées au sein des locaux MEOPSY (Maison des Adolescents ou CHU de Lille) représentaient 27% des cas (n = 44).

Les consultations se sont déroulées dans 20 villes différentes, reflétant une couverture territoriale large. Les communes les plus fréquemment citées étaient Valenciennes (17%), Roubaix (11%) et Dunkerque (9%). D'autres villes comme Cambrai, Douai, Loos, Lille ou Cassel étaient également représentées, avec des fréquences plus faibles (entre 2 et 6% chacune).

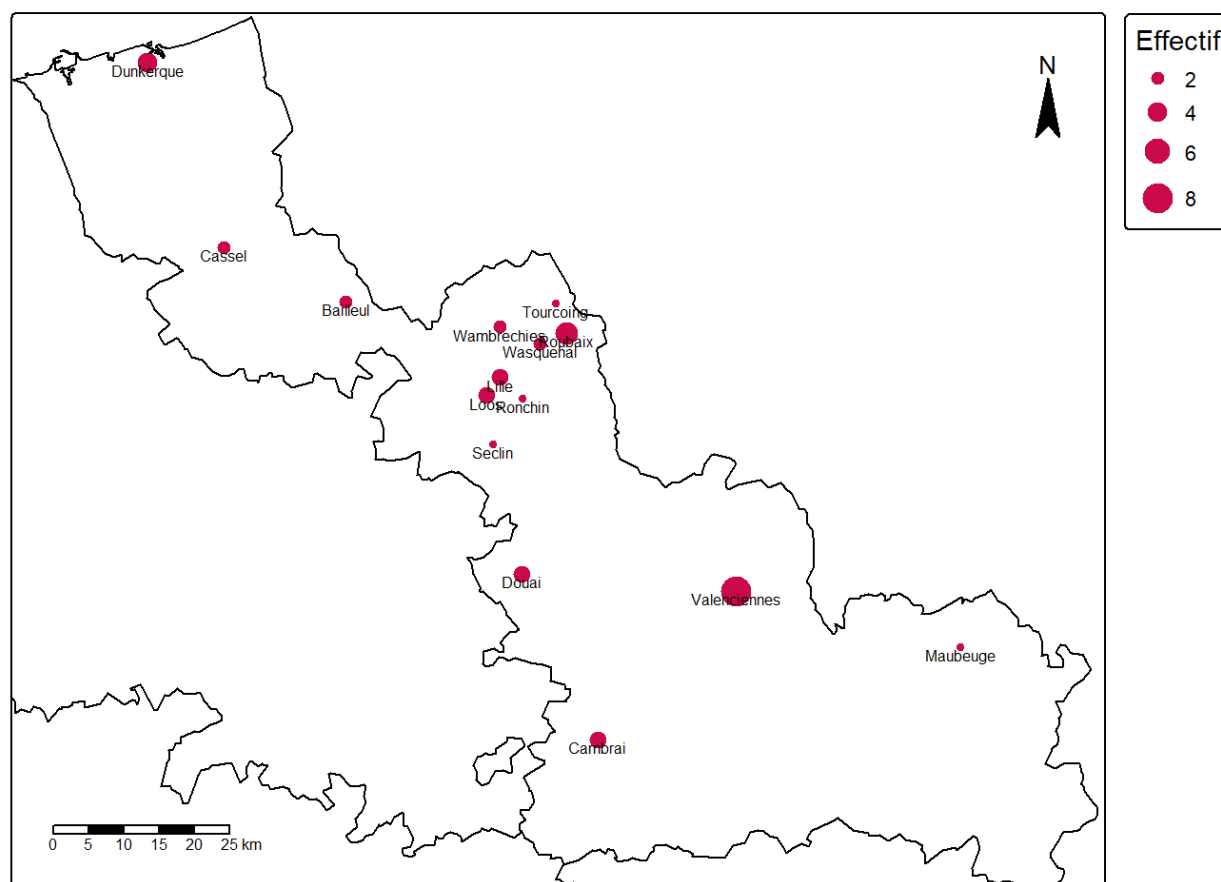


Figure 4 - Cartographie des lieux de consultation dans la région Hauts-de-France

Le nombre de consultations non honorées, correspondant à des absences non excusées, était relativement faible, représentant 5% du total. Les absences excusées (AE), peu fréquentes (n=3), n'ont pas été retenues dans l'analyse.

La présence d'un interprète distanciel via un appel téléphonique a été mobilisée dans un peu plus de la moitié des situations (51%, soit pour 84 MNA).

Des diagnostics cliniques ont été posés chez une majorité de jeunes. Les plus fréquents étaient le trouble de stress post-traumatique (46%), l'épisode dépressif caractérisé (27%), et les troubles liés à l'usage de substances (17%). Des diagnostics de trouble anxieux (10%), trouble psychotique (12%), deuil complexe persistant (8%), trouble de l'attachement (6%), ou troubles de la personnalité (4%) figuraient également dans les diagnostics posés. A noter que 6 MNA n'ont pas pu être rencontré, ne permettant ainsi aucune évaluation diagnostique.

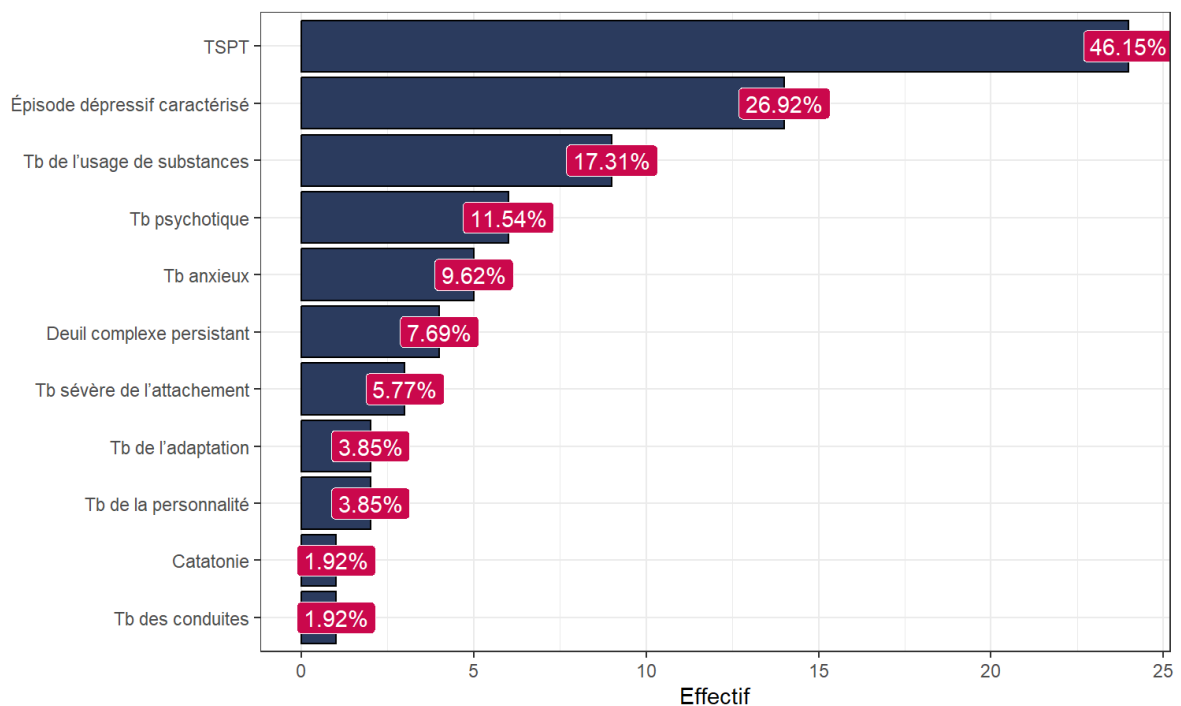


Figure 5 - Répartition des patients selon les diagnostics

Au 31 décembre 2024, 60% des jeunes avaient été orientés. Parmi eux, plus de la moitié l'ont été vers des structures ambulatoires de type CMP/CMPP, 42% relevaient d'une fin d'accompagnement psychiatrique, et 6% ont été adressés aux EMPP.

A la même date, 10 MNA (19%) étaient toujours suivis par MEOPSY, et 21% étaient considérés comme perdus de vue (n = 11, dont un refus du patient).

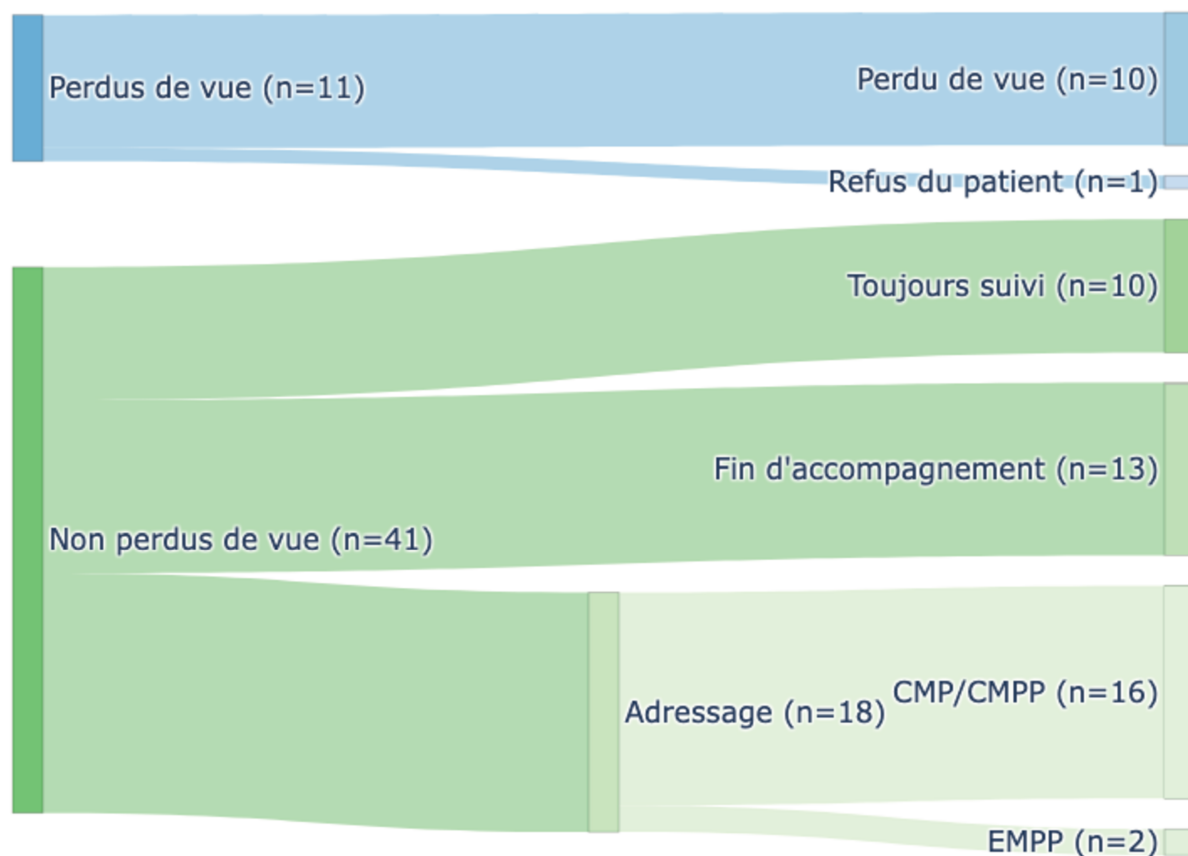


Figure 6 - Diagramme de Sankey

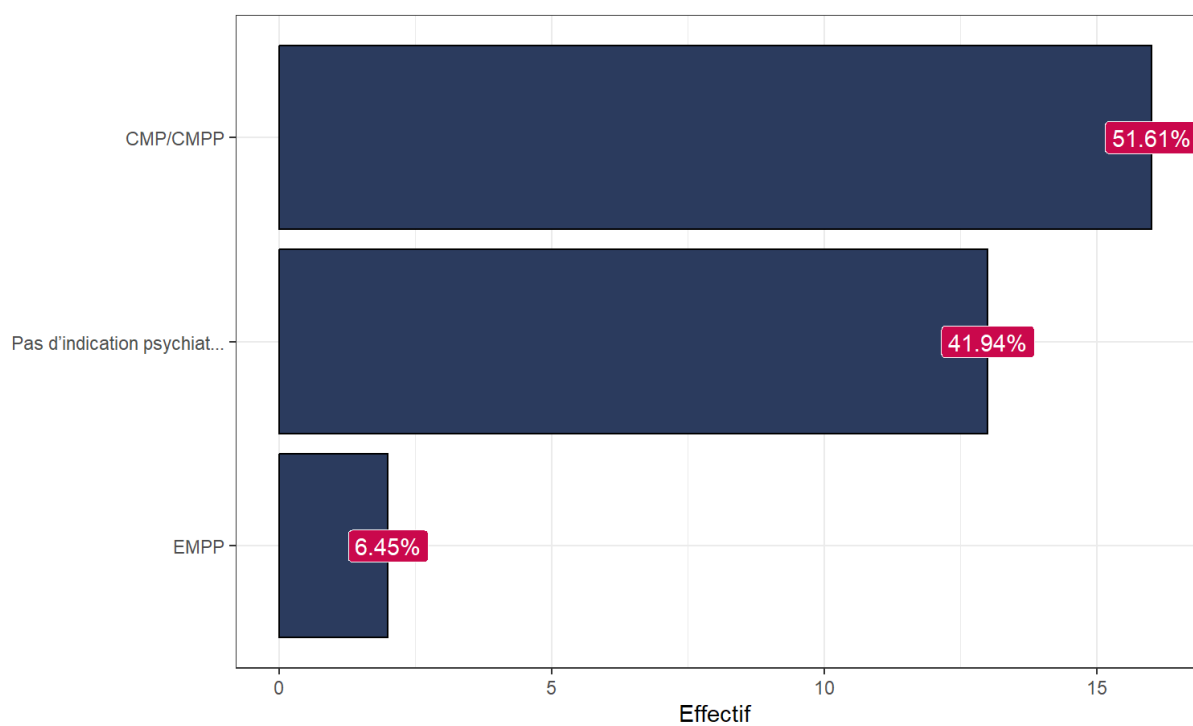


Figure 7 - Répartition des orientations proposées aux patients (non perdus de vue)

2.3 Comparaison selon le statut de suivi

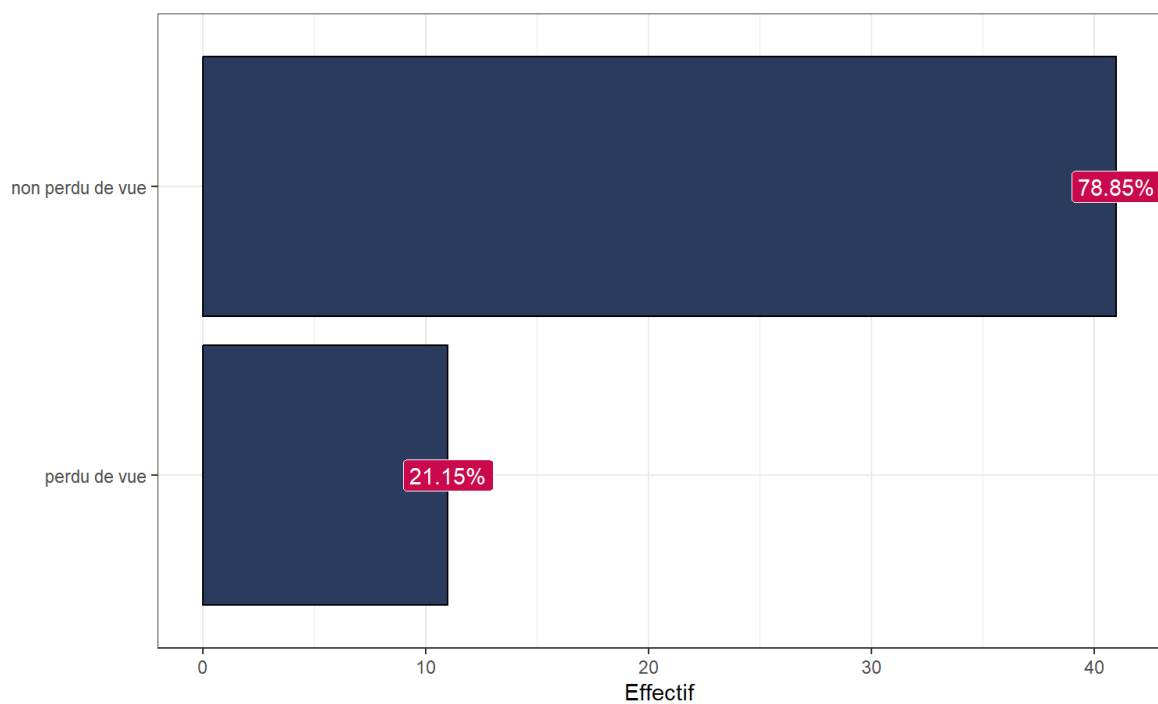


Figure 8 - Répartition des patients par groupe de suivi

	Non perdus de vue N = 41 ¹	Perdus de vue N = 11 ¹	<i>p-value</i> ²
Âge médian [IQR]	17.0 [16.0, 17.0]	16.0 [16.0, 17.0]	0.171
Genre			0.322
Homme	35 (85.4%)	11 (100.0%)	
Femme	6 (14.6%)	0 (0.0%)	
Durée médiane du voyage migratoire (en mois) [IQR]	5.5 [1.0, 12.0]	5.5 [3.0, 13.0]	0.477
Durée médiane sans reconnaissance de minorité (en jours) [IQR]	33.0 [19.0, 87.0]	28.0 [20.0, 92.0]	0.850
Durée médiane de séjour en France (en mois) [IQR]	10.9 [6.4, 15.9]	11.9 [6.5, 21.6]	0.499
Type d'hébergement			0.741
Collectif	18 (43.9%)	4 (36.4%)	
Diffus	23 (56.1%)	7 (63.6%)	
Nombre de lieux de vie			0.420
1	31 (75.6%)	10 (90.9%)	
2	10 (24.4%)	1 (9.1%)	
Délai médian de PEC MEOPSY (en jours) [IQR]	28.0 [16.0, 48.0]	36.5 [19.0, 43.5]	0.818
Nombre médian de consultations (hors ANE) [IQR]	4.0 [2.0, 5.0]	0.0 [0.0, 1.0]	< 0.001
Durée médiane du suivi (en mois) [IQR]	2.9 [1.4, 5.1]	3.4 [0.0, 7.6]	> 0.999
Lieu de consultations			0.004
"Aller vers"	119 (76%)	3 (30%)	
Bureau MEOPSY	37 (24%)	7 (70%)	
Présence d'un interprète	83 (53%)	1 (10%)	0.009
Nombre d'ANE	9 (5.5%)	0 (0%)	>0.9
¹ n (%)			
² test de Wilcoxon-Mann-Whitney ; test exact de Fisher			

Tableau 3 - Comparaison des données sociodémographiques, d'accompagnement et de soins entre patients non perdus de vue et patients perdus de vue

IQR = écart interquartile ; ANE = absences non excusées

La comparaison entre les deux groupes ne montre pas de différence significative concernant l'âge, le genre, la durée du voyage migratoire, la durée avant reconnaissance de minorité, la durée de séjour en France, le type ou le nombre de lieux d'hébergement, le délai de prise en charge par MEOPSY, la durée du suivi et le nombre de consultations non honorées.

En revanche, on retrouve des différences significatives sur le nombre de consultations (médiane de 4 [2,0 – 5,0] chez les patients suivis contre 0 [0,0 – 1,0] chez les patients perdus de vue ; $p < 0,001$), sur le lieu des consultations ($p = 0,004$, avec une plus grande proportion de consultations en « aller vers » chez les patients suivis) et sur la présence d'un interprète (53% des consultations chez les patients suivis contre 10% chez les perdus de vue ; $p = 0,009$) (Tableau 3).

La répartition des diagnostics cliniques dans les deux groupes est présentée ci-dessous (Tableau 4). Compte tenu des effectifs très réduits dans certaines catégories, aucune comparaison statistique n'a été réalisée. On peut toutefois noter quelques variations descriptives, notamment une proportion plus élevée de TSPT chez les patients suivis et la présence exclusive de certains diagnostics (troubles psychotiques, troubles de personnalité, troubles sévères de l'attachement, troubles de l'adaptation, deuil complexe persistant, troubles des conduites, syndrome catatonique) dans ce groupe.

DIAGNOSTICS (n, %)		
	Non perdus de vue N = 41	Perdus de vue N = 11
TSPT		
Oui	22 (53.7%)	2 (18.2%)
Non	19 (46.3%)	9 (81.8%)
EDC		
Oui	12 (29.3%)	2 (18.2%)
Non	29 (70.7%)	9 (81.8%)
Trouble anxieux		
Oui	4 (9.8%)	1 (9.1%)
Non	37 (90.2%)	10 (90.9%)
Trouble psychotique		
Oui	6 (14.6%)	0 (0.0%)
Non	35 (85.4%)	11 (100.0%)
Trouble de personnalité		
Oui	2 (4.9%)	0 (0.0%)
Non	39 (95.1%)	11 (100.0%)
Trouble sévère de l'attachement		
Oui	3 (7.3%)	0 (0.0%)
Non	38 (92.7%)	11 (100.0%)
Trouble de l'adaptation		
Oui	2 (4.9%)	0 (0.0%)
Non	39 (95.1%)	11 (100.0%)
Deuil complexe persistant		
Oui	4 (9.8%)	0 (0.0%)
Non	37 (90.2%)	11 (100.0%)
Trouble des conduites		
Oui	1 (2.4%)	0 (0.0%)
Non	40 (97.6%)	11 (100.0%)
Trouble de l'usage de substances		
Oui	7 (17.1%)	2 (18.2%)
Non	34 (82.9%)	9 (81.8%)
Syndrome catatonique		
Oui	1 (2.4%)	0 (0.0%)
Non	40 (97.6%)	11 (100.0%)
Non vu		
Oui	1 (2.4%)	5 (45.5%)
Non	40 (97.6%)	6 (54.5%)

Tableau 4 - Comparaison des diagnostics entre patients non perdus de vue et patients perdus de vue

3 Discussion

3.1 Discussion des résultats

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Notre étude montre une population très majoritairement masculine, composée essentiellement de grands adolescents âgés de 16 à 17 ans. Cette distribution est concordante avec de nombreuses études portant sur les MNA, et notamment avec le rapport d'activité de la mission nationale MNA de 2023 [20], qui rapportent une surreprésentation masculine et une arrivée souvent tardive sur le territoire, même s'il est observé un rajeunissement global des MNA accueillis ainsi qu'une proportion en augmentation du nombre de filles MNA. Nous pouvons néanmoins souligner sur la proportion de filles suivies par MEOPSY apparaît plus élevée que celle rapportée dans le rapport d'activité de 2023 (12% vs 8%). On peut formuler l'hypothèse que cette surreprésentation soit liée à une vulnérabilité psychique accrue chez les mineures, entraînant un repérage et une orientation plus fréquente vers une équipe psychiatrique spécialisée. D'autres facteurs, comme une exposition accrue à certaines violences spécifiques au genre pourraient également contribuer à expliquer cette différence, point qui mériterait d'être exploré par des études complémentaires.

Par ailleurs, l'âge avancé des adolescents inclus, en particulier ceux âgés de 17 ans mérite d'être discuté. En effet, à cet âge, les adolescents sont confrontés à une intensification des facteurs de stress liés notamment à l'incertitude administrative en lien avec les procédures de demande d'asile ou de titre de séjour, à la perspective imminente de la majorité, souvent synonyme de rupture dans la prise en charge. Ces éléments peuvent majorer la détresse psychique et complique l'engagement dans un

suivi thérapeutique, ainsi que leur orientation, de part leur âgr charnière entre la psychiatrie de l'adolescent et la psychiatrie adulte.

Concernant l'origine géographique, la diversité observée reflète également les tendances décrites au niveau national et européen, avec une prédominance des pays d'Afrique de l'Ouest et du Moyen-Orient. Ces résultats sont aussi cohérents avec les données du rapport d'activité 2023 de la Mission nationale MNA, qui identifie également la Guinée comme premier pays d'origine au niveau national (31,8%), devant la Côte d'Ivoire (22,8%) et la Tunisie (7,8%). Dans la région Hauts-de-France, ce même rapport rapporte une répartition proche de celle observée dans notre étude, avec une prédominance des jeunes originaires de Guinée (23%), suivis de l'Afghanistan (13%) et de la Côte d'Ivoire (11%). Depuis 2016, le nombre de mineurs non accompagnés guinéens pris en charge en France connaît une progression importante, passant de 17% des MNA en 2022 à 31% en 2023. La Guinée est ainsi devenue le principal pays d'origine des MNA. Cette évolution s'explique par un ensemble de facteurs combinant un contexte sanitaire (reprise des migrations après la fin de l'épidémie d'Ebola en 2015), politique (violences interethniques, coups d'État, répression de manifestations) et économique (inégalités accrues liées à l'essor de l'exploitation minière). Lors de leur arrivée en France, ces jeunes sont particulièrement vulnérables aux risques d'exploitation, ne pouvant s'appuyer sur une diaspora encore trop récente sur le territoire pour leur offrir une protection temporaire. [20]

Dans notre étude, près de la moitié des adolescents parle le français, mais on observe néanmoins une pluralité linguistique importante, avec 19 langues recensées. Cette pluralité linguistique témoigne de la grande hétérogénéité des origines géographique et des parcours migratoires et souligne l'importance des dispositifs d'interprétariat. Il convient toutefois de rester prudent dans l'interprétation de ces données linguistiques, qui peuvent être sous-estimées pour plusieurs raisons :

- un défaut de relevé de l'ensemble des langues parlées dans la fiche de saisine du fait d'une exploration insuffisante par les professionnels éducatifs ou de MEOPSY, en particulier lorsque le jeune se déclarait francophone ;
- une possible réticence des adolescents à mentionner certaines langues maternelles, perçues comme trop associées à des expériences traumatiques ou des peurs liées à une possible persécution ;
- un choix délibéré du/de la jeune de valoriser la langue française dans une démarche d'intégration, au détriment de la langue maternelle.

Même lorsque le jeune se déclare francophone, cela ne garantit pas une maîtrise suffisante pour un entretien psychiatrique approfondi, d'où la nécessité de recourir à un interprète si besoin.

Le temps médian du voyage migratoire jusqu'en France était de 5 mois et demi environ dans l'étude, avec une grande variabilité (écart interquartile : 1,97 - 12,5 mois), certains étant ainsi courts et directs, d'autres marqués par des étapes prolongées dans différents pays de transit (et donc potentiellement associés à des expériences traumatiques). La durée médiane de présence sur le territoire sans

reconnaissance de minorité était de 32,5 jours avec une variabilité non négligeable (écart interquartile : 19,75 - 87,5). Durant cette période, les adolescents ne sont pas encore placés sous la protection de l'ASE de façon prolongée, ou ont été évalués majeurs dans un premier temps après une mise à l'abri courte, puis ont eu un parcours de recours de la reconnaissance de leur minorité sans mesure de protection effective. Durant cette phase à la rue, ils n'ont pas eu accès à ces dispositifs de prise en charge éducative, d'hébergement, de scolarisation, ni à un accompagnement psychiatrique conventionnel ou spécialisé tel que MEOPSY. Leur accès aux soins repose sur des structures généralistes (telles que les PASS et les EMPP), avec des limites structurelles et également organisationnelles. La durée médiane de séjour en France était de 11 mois environ (écart interquartile : 6,4 – 17,1), traduisant une présence déjà significative sur le territoire pour la majorité des adolescents inclus.

Enfin, les données sur le type d'hébergement (diffus ou collectif) et la mobilité résidentielle au sein du dispositif ASE (20% des adolescents ont déménagés au cours du suivi par MEOPSY) confirment des observations déjà rapportées sur la variabilité des conditions d'accueil. En effet, l'ensemble des MNA ont d'abord été évalués au niveau de leur minorité dans un foyer d'urgence de mise à l'abri, avant d'être hébergés de façon plus pérenne au sein d'un dispositif socio-éducatif. Il y a donc eu jusqu'à 3 changements de lieux de vie relevés pour 20% d'entre eux, en incluant cet établissement de mise à l'abri.

Cette instabilité résidentielle et également cette instabilité dans l'accompagnement éducatif et la présence de caregivers sur lesquels ils peuvent s'appuyer, présentes

aussi bien avant la reconnaissance de minorité qu'après la mise sous protection de l'ASE, déjà décrite dans la littérature, peut fragiliser la stabilité du suivi et compliquer la continuité d'un accompagnement psychiatrique. D'autant plus qu'à l'instabilité résidentielle s'ajoute celle des services socio-éducatifs, avec des changements de référents éducatifs jouant parfois le rôle de caregiver, de psychologues rattachés à la structure dans certains cas, mais aussi de lieux de formation, de tissu social du fait de l'éloignement des pairs, voire du suivi médical lorsqu'il existe.

Par ailleurs, comme évoqué précédemment, plusieurs études [6,37] soulignent qu'un logement instable ou inadapté accroît leur vulnérabilité et constitue un prédicteur majeur de souffrance psychique chez les jeunes. Dans ce contexte, la présence d'une équipe mobile prend tout son sens pour maintenir le lien et assurer la continuité des soins malgré ces changements de lieux de vie et de référents éducatifs. A noter aussi que les adolescents étaient hébergés dans 23 communes réparties sur l'ensemble du département, incluant des zones urbaines (Lille, Roubaix, Valenciennes, Dunkerque) mais aussi des secteurs plus ruraux et périphériques (Cambrai, Cassel, Rousies, Aubers, Raismes), sous-dotés en offre de soins psychiatriques, constituant un obstacle supplémentaire à l'accès et à la continuité des soins.

3.1.2 Modalités d'accompagnement et de soins

Dans notre étude, le délai médian de prise en charge par MEOPSY est de 30 jours, délai qui se situe dans une fourchette relativement courte au regard des autres structures ambulatoires. D'autant plus qu'au début de la mise en place du dispositif, l'équipe fonctionnait une semaine sur deux, et un seul jours par semaine, avec des

contraintes organisationnelles qui ont pu allonger le délai entre la demande et la première rencontre, et limiter la possibilité de consultations « aller vers ». D'après une étude menée dans les Hauts-de-France [90], le délai médian dans les CMP adulte pour accéder à une consultation psychiatrique est d'environ 74 jours. De plus, une enquête réalisée par l'ARS Rhône-Alpes [91] révèle que dans les secteurs infanto-juvénile, le délai moyen est de près de 120 jours pour un premier rendez-vous médical, soit près de 4 mois. Ainsi la réactivité de MEOPSY apparaît comme une force notable du dispositif, particulièrement dans un contexte où le secteur pédopsychiatrique est confronté à des limitations d'accès et d'effectifs. A noter que l'équipe mobile MEOPSY propose dans ses indications d'intervention une prise en charge lorsque le délai avant un rendez-vous médical en CMP est trop long, bien qu'un lien ait été réalisé au CMP avec un.e IDE notamment. Ceci permet une première évaluation et une prise en charge médicale avant un relai médical au CMP. Il existe néanmoins des disparités importantes selon les territoires, par exemple, dans le secteur du 59G21 où le délai d'accès médical est relativement court, MEOPSY est alors peu sollicité, sauf en cas de refus du jeune à initier un suivi au CMP.

Le nombre médian de consultations réalisées au sein de MEOPSY est de 2 par patient (intervalle interquartile : 1-5). Ce volume relativement réduit s'explique par la nature et l'objectif même du dispositif, visant l'évaluation, l'intervention initiale et l'orientation vers des prises en charges adaptées, plutôt que sur un suivi à long terme. Cela est bien illustré aussi par la durée médiane de suivi au sein du dispositif MEOPSY qui est de 3 mois. A noter qu'il n'y a volontairement pas de nombre arrêté de consultation initialement, ceci laissant possible une flexibilité dans les modalités

de suivi selon les problématiques et la complexité des situations rencontrées mais aussi la disparité au niveau des dispositifs de soin ambulatoires d'aval selon les territoires du département du Nord.

La prédominance des consultations réalisées en « aller vers » (73%) témoigne de la vocation mobile du dispositif et sa capacité à aller au devant des jeunes, présentant de multiples facteurs limitants d'accès aux soins psychiatriques ambulatoires, tant au niveau de leur autonomie pour accéder aux structures, de l'éloignement géographique, que devant une réticence à solliciter des soins psychiatriques en lien avec leurs croyances, leurs représentations culturelles et sociales, ou encore leur défaut d'attribution de leurs difficultés à une cause psychiatrique, phénomène déjà décrit chez les populations réfugiées et demandeuses d'asile, qui expriment fréquemment leur souffrance en termes somatiques (problèmes de sommeil, maux de tête...) ou l'attribuent à des causes religieuses ou surnaturelles [92]. De plus, cet « aller vers » est particulièrement pertinent en psychiatrie, car comme évoqué précédemment, la stigmatisation associée aux structures de santé mentale peut constituer un frein majeur à la demande et à l'accès aux soins. Les consultations « aller vers » se sont déroulées dans une pluralité de villes réparties sur le département du Nord parmi lesquelles Valenciennes, Roubaix, Dunkerque, Douai, Cassel, Cambrai, Maubeuge,... témoignant de l'étendue de l'aire d'intervention et de l'adaptabilité de l'équipe.

A noter aussi, le taux de consultations non honorées était de 5% dans notre étude, ce qui est inférieur à celui rapporté dans d'autres études. En effet, l'enquête réalisée par l'ARS Rhône-Alpes [91] rapporte en moyenne 11 % de rendez-vous non honorés dans les CMP, et une étude menée en Angleterre [93] retrouve même jusqu'à 33 %

de rendez-vous manqués en pédopsychiatrie chez les MNA, soit deux fois plus que pour les mineurs réfugiés accompagnés.

L'interprétariat était présent dans plus de la moitié des consultations (51 %). Or, on aurait pu s'attendre à un recours encore plus fréquent compte tenu de la pluralité linguistique observée dans notre étude (19 langues recensées), bien que 48 % des adolescents déclaraient parler français. Cette proportion peut s'expliquer par plusieurs facteurs : une certaine méfiance des jeunes vis-à-vis de la présence d'un tiers, la crainte d'une recrudescence des troubles lorsqu'ils s'expriment dans leur langue maternelle, mais aussi des difficultés techniques (matériel, réseau) ou l'absence d'interprète disponible dans certaines langues. À noter que certaines consultations ont été réalisées directement en anglais avec le clinicien. Lorsque l'interprète est mobilisé, son rôle dépasse la simple traduction : il apporte une médiation culturelle, facilite l'expression des émotions dans la langue maternelle et renforce le lien thérapeutique. La continuité avec un même interprète est particulièrement bénéfique pour les mineurs non accompagnés, pouvant représenter pour eux une figure identificatoire stable, d'après Rahmeth Radjack [94].

3.1.3 Diagnostics psychiatriques

Les diagnostics les plus fréquemment posés dans notre échantillon étaient le trouble de stress post-traumatique (TSPT, 46%) et l'épisode dépressif caractérisé (EDC, 27%), proportions globalement concordantes avec les données de la littérature mentionnées en première partie de cette thèse.

En revanche, la proportion de trouble anxieux observée dans notre étude (10%) apparaît plus faible que celle décrite dans d'autres études sur le sujet, qui se situe autour de 35% d'après la revue systématique de Daniel-Calveras [7]. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées sur ce décalage. Tout d'abord, le mode d'orientation vers MEOPSY peut jouer un rôle : en effet, les adolescents bénéficient déjà d'une prise en charge psychologique via les dispositifs TRAJET et GME présentés précédemment, et ce sont majoritairement les psychologues qui orientent vers MEOPSY. Dans ce contexte, les troubles anxieux, pouvant plus facilement être pris en charge par un suivi psychologique seul, sans indication psychiatrique immédiate, pourraient être moins représentés dans notre population. Le fait que, parmi les 5 patients présentant un trouble anxieux dans notre échantillon, 4 souffraient de trouble anxieux généralisé (TAG) pourrait d'ailleurs conforter cette hypothèse, suggérant que seules les formes les plus sévères ou invalidantes, nécessitant un avis psychiatrique, parviennent jusqu'à MEOPSY. Par ailleurs, la symptomatologie anxieuse, si moins sévère, pourrait être masquée par une symptomatologie traumatique active ou dépressive plus marquée. Enfin, des facteurs interculturels peuvent influencer l'expression ou la verbalisation de l'anxiété, certains adolescents exprimant davantage des plaintes somatiques ou comportementales, limitant son dépistage formel comme trouble anxieux dans les évaluations psychologiques et psychiatriques.

De plus, une proportion non négligeable de troubles psychotiques (12%) mérite d'être soulignée, cette pathologie étant peu documentée dans les études sur les MNA [7]. Pourtant, plusieurs études, dont la méta-analyse de Varese [95], ont démontré que l'exposition à des facteurs d'adversité précoces, en particulier

l'exposition traumatique, constitue un facteur de risque majeur au développement des troubles psychotiques. Or, ces derniers ne sont que peu ou pas étudiés chez les MNA, Norredam et al. [96] étant les seuls à fournir des données chiffrées sur ce diagnostic. Dans notre population, ce taux de 12% pourrait refléter la sévérité clinique des adolescents orientés vers MEOPSY, car justifiant un avis psychiatrique spécialisé. Il pourrait également témoigner d'une prévalence réellement plus élevée chez les MNA, mais cette hypothèse mériterait d'être explorée par des études à plus large échelle.

Enfin, le trouble de l'usage de substances concernait 17% de notre population. S'il existe de plus en plus d'études sur ce trouble chez les personnes migrantes et plus précisément les personnes réfugiées, celles-ci mettraient en évidence un risque accru chez cette population, qui serait lié à l'action conjointe d'un passé migratoire et d'une situation socioéconomique précaire [97]. En revanche, peu de travaux portent spécifiquement sur les MNA, rendant les comparaisons de résultats difficiles. On peut néanmoins souligner l'intérêt de développer un dépistage systématique et un accompagnement addictologique spécialisé. L'exemple de l'unité addictologique spécialisée de l'hôpital Robert Debré [62] illustre la pertinence de dispositifs spécialisés intégrant réduction des risques, adaptation culturelle et maintien du lien pour favoriser l'adhésion aux soins.

Ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec prudence, les diagnostics ayant été posés sur la base d'évaluations cliniques non standardisées, ce qui peut introduire une certaine variabilité.

3.1.4 Statut du suivi et orientations

Au terme de la période étudiée, près d'un adolescent sur cinq était toujours suivi par MEOPSY, tandis que 60% avaient été orientés. Pour l'analyse, les jeunes pour lesquels il s'agissait d'une fin d'accompagnement ont été inclus dans ce groupe « orientés », bien que pour plus de la moitié d'entre eux, il ne s'agissait pas d'une orientation vers une autre structure de soins mais d'une fin d'accompagnement psychiatrique, ne nécessitant plus de prise en soin psychiatrique. Dans ces situations, il y a ainsi eu une réorientation vers les suivis psychologiques au sein des structures éducatives déjà impliquées (TRAJET, GME), avec une rémission de la symptomatologie ne justifiant plus de soins psychiatriques. Ceci est une force importante du dispositif, montrant qu'une prise en charge précoce ou un avis spécialisé sous une modalité d'aller vers sur sollicitation directe permet d'éviter une orientation vers les structures ambulatoires de proximité.

Parmi les adolescents effectivement orientés vers une autre structure de soins, la quasi totalité l'ont été vers des CMP, le plus souvent du secteur adulte compte tenu de leur âge majoritairement supérieur à 16 ans.

La proportion importante d'orientation témoigne du rôle de MEOPSY comme interface vers le droit commun lorsqu'une orientation directe était limitée par un ou plusieurs facteurs, permettant d'initier rapidement un parcours de soins structuré, avec une évaluation précoce psychiatrique et un relai de prise en charge vers les structures de droit commun. La proportion tout aussi significative des fins d'accompagnement psychiatrique reflète également la pertinence d'un dispositif mobile et réactif. Nous pouvons évoquer l'hypothèse que la pratique de l'équipe mobile cible rapidement les situations relevant d'une prise en charge psychiatrique

spécialisées n'accédant pas en CMP devant divers facteurs limitants, tout en réorientant vers les soins psychologiques de proximité les situations ne nécessitant pas de suivi psychiatrique au long cours, évitant ainsi une mobilisation de ressources déjà saturées. Nous pouvons aussi évoquer que la prise en charge précoce permettrait de réduire le délai critique entre la demande et l'accès à un suivi adapté, MEOPSY contribue probablement à prévenir l'aggravation de certains troubles. Il convient toutefois de rappeler que MEOPSY ne prend en charge l'ensemble des MNA présents sur le territoire du Nord, mais principalement ceux qui n'accèdent pas spontanément ou rapidement aux soins de droit commun, ce qui limite la généralisation de ces observations.

Dans notre étude, 21% des adolescents ont été perdus de vue au terme de la période de suivi. Aucune donnée spécifique n'a pu être retrouvée concernant le taux de rupture de suivi dans les CMP en France, en particulier en pédopsychiatrie. A l'échelle internationale, certaines études rapportent que 26 à 40% des patients interrompent inopinément leur suivi dans l'année [98]. On retrouve dans une étude portant sur l'EMPP de Rennes [72], dont la population dans l'étude inclut 15% de MNA, un taux de perdus de vue global de 66%, atteignant même 92% spécifiquement chez les MNA. Dans ce contexte, la proportion observée dans notre étude apparaît relativement contenue, ce qui pourrait refléter l'efficacité d'un dispositif tel que MEOPSY pour maintenir le lien thérapeutique, malgré un risque accru de rupture de suivi chez cette population.

3.1.5 Comparaison entre les deux groupes

La comparaison entre les adolescents non perdus de vue et ceux perdus de vue, n'a pas mis en évidence de différence significative sur les caractéristiques sociodémographiques. Néanmoins, elle a mis en évidence des différences significatives concernant les modalités de soins. Les adolescents perdus de vue ont eu un nombre médian de consultations très inférieur (0 [0-1] contre 4 [2-5] pour les adolescents non perdus de vue ; $p < 0,001$), traduisant une rupture précoce du lien. En effet, la moitié des adolescents perdus de vue n'a bénéficié d'aucune consultation, malgré une demande adressée à MEOPSY, témoignant de la difficulté d'instaurer un premier contact effectif. Ce phénomène est déjà décrit dans la littérature, la rupture de suivi étant plus fréquente lors des premiers rendez-vous, et en particulier dès la consultation initiale [99,100].

Aussi, la comparaison entre les deux groupes met en évidence un recours plus limité aux consultations en « aller vers » (30% contre 76% ; $p = 0,004$) et aux interprètes (10% contre 53% ; $p = 0,009$), pouvant suggérer une influence possible de ces facteurs dans l'initiation d'une alliance thérapeutique de qualité et la continuité du suivi. Comme l'a montré G. Demazure et al. [61], de nombreux MNA perçoivent les services de santé mentale comme impersonnels et intimidants, freinant donc leur engagement dans les soins. Le recours aux modalités « aller vers » apparaissent ainsi essentielles pour réduire les barrières d'accès aux soins et faciliter le premier contact.

De même, le recours à l'interprétariat permet de lever un obstacle linguistique et culturel. Comme le souligne S. Guessoum [101], l'interprétariat facilite la compréhension des représentations culturelles de la souffrance et des symptômes,

permettant ainsi une meilleure adaptation du soin ; l'absence d'interprète étant décrite comme un frein majeur à l'alliance thérapeutique [102].

Dans ce contexte, l'approche mobile associée à l'interprétariat semble jouer un rôle protecteur, en renforçant la relation thérapeutique et en réduisant le risque de rupture de suivi, particulièrement chez une population aussi vulnérable et à risque que les MNA.

Enfin, concernant les diagnostics, il est à noter que pour près de la moitié des adolescents perdus de vue, aucun diagnostic n'a pu être posé en raison de l'absence de rencontre effective. Pour les autres, aucune différence marquante ne peut être soulignée, bien que la petite taille de l'échantillon limite toute conclusion.

3.2 Forces et limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs forces notables. Il s'agit de la première étude quantitative portant sur l'équipe mobile MEOPSY, créée en janvier 2023 au CHU de Lille. L'étude couvre ainsi les deux premières années de fonctionnement du dispositif, ce qui lui confère un caractère exploratoire et fondateur. Elle décrit de manière détaillée le profil sociodémographique, clinique et de soin des 52 adolescents suivis sur la période, ce qui constitue un premier état des lieux de ce dispositif innovant.

Certaines limites doivent néanmoins d'être soulignées. Tout d'abord, la taille de l'échantillon (52 patients) reste restreinte, en particulier pour les analyses comparatives. La puissance statistique s'en trouve limitée, ce qui empêche de tirer des conclusions définitives sur certains résultats, notamment concernant les

diagnostics psychiatriques ou les facteurs associés au suivi. Par ailleurs, les diagnostics ont été relevés suivant les observations cliniques durant les entretiens psychiatriques, et suivant le relevé d'activité, sans utiliser d'échelle standardisée ni de méthodologie prospective systématique. Cette approche correspond aux pratiques de soins habituelles et reflète la réalité clinique, mais elle expose à une variabilité inter-cliniciens et limite la comparabilité avec d'autres travaux de recherche.

De plus, l'étude est monocentrique, et est donc peu généralisable : MEOPSY est un dispositif d'équipe mobile psychiatrique unique en France, elle est à notre connaissance la première équipe mobile psychiatrique en France accompagnant spécifiquement les MNA ; ceci limite donc l'extrapolation des résultats à d'autres territoires ou dispositifs. Il est important de souligner que, comme dit précédemment, l'équipe mobile ne prend pas en charge l'ensemble des MNA, mais principalement ceux qui n'accèdent pas spontanément ou rapidement aux soins de droit commun, pour diverses raisons.

Sur le plan méthodologique, le recueil rétrospectif expose à des biais d'information, liés à l'hétérogénéité et à la non exhaustivité des dossiers. Certaines données présentaient un taux non négligeable de valeurs manquantes, notamment concernant la date de départ du pays d'origine ou la date de reconnaissance de minorité (une dizaine de cas). Cela a pu limiter la précision des analyses portant sur les parcours migratoires ou administratifs. De plus, certaines variables qualitatives n'ont pas pu être recueillies (parcours éducatif, vécu et perception du soin...), ce qui restreint la compréhension globale des facteurs limitant l'adhésion aux soins.

Enfin, l'étude ne permet pas d'appréhender le parcours de soins à long terme. Nous n'avons que peu de recul sur l'évolution des adolescents après la fin de l'accompagnement par MEOPSY, ni sur la qualité et la continuité effectives des suivis dans les structures vers lesquelles ils ont été orientés. Cet élément constitue une limite importante car il ne permet pas de conclure sur l'efficacité globale du dispositif à long terme.

En dépit de ces limites, cette étude constitue une première contribution précieuse à la description du fonctionnement et des apports de MEOPSY. Elle met en évidence l'intérêt d'un dispositif mobile et spécialisé dans l'évaluation, la prise en charge et l'orientation psychiatrique des MNA, et permet d'esquisser un premier état des lieux des profils cliniques et des modalités de suivi de cette population. Si ses résultats doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de la taille restreinte de l'échantillon et de son caractère monocentrique, ils apportent néanmoins des éléments originaux et utiles pour la compréhension des besoins en santé mentale des MNA et pour la réflexion sur les dispositifs de soins adaptés.

3.3 Perspectives et impact sur la pratique

Cette étude constitue un premier état des lieux du fonctionnement de MEOPSY et de son rôle dans l'accompagnement psychiatrique des MNA. Des travaux prospectifs, incluant des effectifs plus larges et des suivis prolongés, seraient nécessaires pour une meilleure analyse des données sociodémographiques et du parcours de soin. L'utilisation d'échelles diagnostiques standardisées, avec une validation transculturelle, permettrait une meilleure évaluation des troubles

psychiatriques chez les MNA. Par ailleurs, il serait également pertinent d'évaluer de façon qualitative le vécu et perceptions des MNA vis-à-vis des soins psychiatriques via l'équipe mobile MEOPSY, mais aussi celui des professionnels impliqués, afin de mieux comprendre les freins et les leviers à l'adhésion aux soins.

Sur le plan clinique, nos résultats suggèrent l'importance de certaines modalités, telles que les consultations « aller vers » et le recours à l'interprétariat. Si ces constats étaient confirmés par de futures études, leur systématisation pourrait constituer un levier essentiel pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins chez les MNA.

Enfin sur le plan institutionnel et de santé publique, cette étude sur MEOPSY illustre la pertinence de dispositifs mobiles et spécialisés pour répondre aux besoins d'une population aussi vulnérable que les MNA. La reconnaissance et le développement de ce modèle, notamment dans le département du Pas-de-Calais et plus largement dans d'autres territoires accueillant un nombre important de MNA, pourraient permettre de renforcer l'accès aux soins.

Conclusion

Dans un climat politique sensible vis-à-vis de la question migratoire et de prise en charge des MNA, la rencontre avec ces dernier.e.s rappellent qu'il s'agit avant tout d'adolescents en développement, en situation de vulnérabilité extrême, en exil, à la recherche de sécurité, de stabilité et d'une place dans une société nouvelle et métissée. Leur parcours personnel et migratoire interroge notre capacité collective à accueillir, protéger et soigner les population les plus vulnérables et notamment les enfants et adolescents migrants isolés sur le territoire français. Leur prise en charge en psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, constitue un champ de réflexion complexe, où s'entrecroisent les enjeux liés à la problématique adolescente, aux événements potentiellement traumatiques et autres facteurs d'adversités des parcours pré-, per- et post-migratoires, ainsi qu'aux différences culturelles et linguistiques.

Cette thèse a permis de dresser un premier état des lieux de l'activité de l'équipe mobile MEOPSY intervenant auprès des mineurs non accompagnés et dont l'objectif est de tendre vers une meilleure prise en charge psychiatrique face aux nombreux facteurs limitants d'accès aux soins, inhérents à leur développement adolescent, leurs représentations culturelles, leurs expériences traumatiques et leur isolement socio-affectif.

L'analyse des deux premières années d'activité a mis en évidence les caractéristiques de cette population : une majorité de garçons, des parcours migratoires principalement complexes, une durée significative sans protection sur le

territoire, ainsi qu'une prévalence élevée de troubles psychiatriques, en particulier le trouble de stress post-traumatique, les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles anxieux. Ces constats rejoignent ceux décrits dans la littérature, confirmant la forte vulnérabilité psychique des MNA.

Le dispositif MEOPSY a montré sa pertinence en proposant une modalité souple et innovante. En allant vers les jeunes dans leur lieu de vie et en intégrant régulièrement l'interprétariat, l'équipe vise à favoriser l'adhésion au soin et réduit le risque de rupture de suivi. Le fonctionnement ainsi mobile, intersectoriel et transculturel de MEOPSY constitue un atout majeur et illustre l'importance d'un accompagnement spécifiquement adapté ajusté à ces adolescents particulièrement vulnérables.

Il serait désormais pertinent de prolonger ce travail par une étude prospective multicentrique menée sur un échantillon plus large, afin de corroborer ces premiers résultats et de mieux évaluer l'impact à long terme de ce type de dispositif.

En définitive, ce travail souligne l'importance d'équipes mobiles telles que MEOPSY, capables d'adapter leurs pratiques à une population particulièrement fragile et souvent invisibilisée. Mais il rappelle aussi que le soin, pour être véritablement efficace, doit s'inscrire dans une politique plus cohérente de protection et d'accueil. Offrir un espace thérapeutique à ces adolescents, c'est bien plus qu'une réponse médicale, c'est une reconnaissance de leur dignité et de leur droit à être accompagnés, vers une vie plus stable et plus sereine.

Liste des tableaux

Tableau 1 - Caractéristiques sociodémographiques	57
Tableau 2 - Données d'accompagnement et de soins.....	61
Tableau 3 - Comparaison des données sociodémographiques, d'accompagnement et de soins entre patients non perdus de vue et patients perdus de vue	66
Tableau 4 - Comparaison des diagnostics entre patients non perdus de vue et patients perdus de vue	68

Liste des figures

Figure 1 - Répartition des patients selon l'âge	57
Figure 2 - Répartition des patients selon le genre	58
Figure 3 - Cartographie des pays de naissance des patients.....	58
Figure 4 - Cartographie des lieux de consultation dans la région Hauts-de-France..	62
Figure 5 - Répartition des patients selon les diagnostics	63
Figure 6 - Diagramme de Sankey	64
Figure 7 - Répartition des orientations proposées aux patients (non perdus de vue)	65
Figure 8 - Répartition des patients par groupe de suivi	65

Références

- [1] Global Report 2024. UNHCR n.d. <https://www.unhcr.org/media/global-report-2024> (accessed June 26, 2025).
- [2] Migrant and Refugee Children in Europe. Accompanied, Unaccompanied and Separated. Plateforme Prot Migr n.d. <https://migrantprotection.iom.int/fr/resources/report/migrant-and-refugee-children-europe-accompanied-unaccompanied-and-separated> (accessed June 26, 2025).
- [3] Mineurs isolés étrangers: tout ce qu'il faut savoir. UNICEF n.d. <https://www.unicef.fr/actions-humanitaires/europe-asie-centrale/france/programme-france/mineurs-isoles-etrangers-tout-ce-quil-faut-savoir/> (accessed March 18, 2025).
- [4] Analyses et chiffres clés de l'Observatoire - Protection et migration. UNICEF n.d. <https://www.unicef.fr/actions-humanitaires/observatoire-des-droits-de-lenfant/analyses-et-chiffres-cles-protection-migration/> (accessed March 18, 2025).
- [5] La souffrance psychique des exilés. Médecins Monde n.d. <https://www.medecinsdumonde.org/statement/la-souffrance-psychique-des-exiles/> (accessed March 18, 2025).
- [6] Bamford J, Fletcher M, Leavey G. Mental Health Outcomes of Unaccompanied Refugee Minors: a Rapid Review of Recent Research. *Curr Psychiatry Rep* 2021;23:46. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01262-8>.
- [7] Daniel-Calveras A, Baldaquí N, Baeza I. Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse Negl* 2022;133:105865. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105865>.
- [8] L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits "Mineurs isolés étrangers (MNA)." Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833668/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etrangers-mna (accessed March 19, 2025).
- [9] InfoMIE.net. Mineur étranger non accompagné: définition du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. InfoMIE.net 2011. <https://www.infomie.net/article661.html> (accessed June 2, 2025).
- [10] L'accompagnement des mineurs non accompagnés n.d. https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/Rec_AN_ESM_MNA.pdf (accessed June 2, 2025).

- [11] Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières et Equipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP): outils et textes de références 2024. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/permanences-dacces-aux-soins-de-sante-pass-hospitalieres-et-equipes-mobiles-psychiatrie-precarite> (accessed March 19, 2025).
- [12] Parlementaire en mission auprès du Garde des Sceaux - Ministre de la Justice et des Libertés 2010. https://www.infomie.net/IMG/pdf/rapport_mineur_20100510.pdf (accessed June 2, 2025).
- [13] [Archives] Comité de suivi des mineurs non accompagnés | Ministère de la justice 2016. <https://www.justice.gouv.fr/actualites/espace-presse/archives-comite-suivi-mineurs-non-accompagnes> (accessed June 2, 2025).
- [14] Etiemble A, Zanna O. Des typologies pour faire connaissance avec les mineurs isolés étrangers et mieux les accompagner. InfoMIE.net 2013. <https://www.infomie.net/article12.html> (accessed June 20, 2025).
- [15] Les mineurs non accompagnés: mise à l'abri, évaluation et orientation | Ministère de la justice 2022. <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/justice-mineurs/mineurs-non-accompagnes-mise-labri-evaluation-orientation> (accessed March 24, 2025).
- [16] La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE). UNICEF n.d. <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/> (accessed June 2, 2025).
- [17] Eurostat. Asylum applicants considered to be unaccompanied minors by citizenship, age and sex - annual data 2022. https://doi.org/10.2908/MIGR_ASYUNAA.
- [18] HCSP. Bilan de santé des enfants étrangers isolés. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2019.
- [19] La protection de l'enfance est en danger, le CESE a adopté l'avis | Le Conseil économique social et environnemental 2024. <https://www.lecese.fr/actualites/la-protection-de-lenfance-est-en-danger-le-cese-adopte-lavis> (accessed June 2, 2025).
- [20] Les rapports d'activité de la mission nationale mineurs non accompagnés | Ministère de la justice 2022. <https://www.justice.gouv.fr/documentation/ressources/rapports-dactivite-mission-nationale-mineurs-non-accompagnes> (accessed March 18, 2025).
- [21] Santé des adolescents n.d. <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health> (accessed May 9, 2025).
- [22] M D. Développement neuropsychique de l'adolescent: les étapes à connaître. Réal Pédiatriques 2014. <https://www.realites->

pediatriques.com/developpement-neuropsychique-de-l'adolescent-les-etapes-a-connaître/ (accessed May 9, 2025).

- [23] Cicchetti D, Rogosch FA. A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:6–20. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.1.6>.
- [24] 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* 2005;62:593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.
- [25] 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 Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can* 2011;183:E959-967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>.
- [26] Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:537–49. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>.
- [27] 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 Lond Engl* 2012;379:266–82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2).
- [28] Hodes M. New developments in the mental health of refugee children and adolescents. *Evid Based Ment Health* 2019;22:72–6. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300065>.
- [29] Derluyn I, Orsini G, Verhaeghe F, Elhaj R, Lietaert I, Pfeiffer E. The impact of trauma and daily hardships on the mental health of unaccompanied refugee minors detained in Libya. *BJPsych Open* 2023;9:e8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.622>.
- [30] Bronstein I, Montgomery P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011;14:44–56. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0>.
- [31] Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, et al. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2009;3:13. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-13>.
- [32] 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* 2007;195:288–97. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243751.49499.93>.
- [33] Derluyn I, Broekaert E. Unaccompanied refugee children and adolescents: the glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *Int J Law Psychiatry* 2008;31:319–30. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.06.006>.
 - [34] Interdiction du recours aux examens radiologiques osseux (exposé des motifs). Sénat 2023. <https://www.senat.fr/leg/exposes-des-motifs/pp120-227-expose.html> (accessed May 13, 2025).
 - [35] Guide et bonnes pratiques en matière d'évaluation de la minorité et de l'isolement | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles 2019. <https://solidarites.gouv.fr/guide-et-bonne-pratique-en-matiere-devaluation-de-la-minorite-et-de-lisolement> (accessed June 2, 2025).
 - [36] Paté N. Les processus discriminatoires au cœur des pratiques d'évaluation de la minorité et de l'isolement des mineurs non accompagnés. *Hommes Migr* 2021;1333:39–46. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.12563>.
 - [37] Jore T, Oppedal B, Biele G. Social anxiety among unaccompanied minor refugees in Norway. The association with pre-migration trauma and post-migration acculturation related factors. *J Psychosom Res* 2020;136:110175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110175>.
 - [38] Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, Wilhelmsen NH. Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2015;20:106–16. <https://doi.org/10.1177/1359104513499356>.
 - [39] Müller LRF, Büter KP, Rosner R, Unterhitzenberger J. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2019;13:8. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>.
 - [40] Jensen TK, Skar A-MS, Andersson ES, Birkeland MS. Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28:1671–82. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01340-6>.
 - [41] Berry JW. Acculturation: Living successfully in two cultures. *Int J Intercult Relat* 2005;29:697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>.
 - [42] Keles S, Friberg O, Idsøe T, Sirin S, Oppedal B. Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles. *Ethn Health* 2016;21:300–17. <https://doi.org/10.1080/13557858.2015.1065310>.

- [43] Jakobsen M, Demott MAM, Heir T. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH* 2014;10:53–8. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010053>.
- [44] Von Werthern M, Grigorakis G, Vizard E. The mental health and wellbeing of Unaccompanied Refugee Minors (URMs). *Child Abuse Negl* 2019;98:104146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104146>.
- [45] Demazure G. Prise en charge des mineurs non accompagnés : d'un état des lieux vers des pistes thérapeutiques adaptées. These de doctorat. Université Grenoble Alpes, 2022.
- [46] Müller LRF, Gossmann K, Hartmann F, Büter KP, Rosner R, Unterhitzberger J. 1-year follow-up of the mental health and stress factors in asylum-seeking children and adolescents resettled in Germany. *BMC Public Health* 2019;19:908. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7263-6>.
- [47] Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23:337–46. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0463-1>.
- [48] Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Soc Sci Med* 1982 2007;64:1204–15. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.010>.
- [49] Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Wentzel-Larsen T, Heir T. The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open* 2017;7:e015157. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015157>.
- [50] 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. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-29>.
- [51] Radjack R, Baubet T, El Hage W, Taieb O, Moro M-R. Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2012;170:591–5. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.08.012>.
- [52] Baubet T. L'évaluation clinique en situation transculturelle. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychopathol. Transcult.*, Paris: Elsevier Masson; 2009, p. 89–106. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70434-5.00011-3>.
- [53] Bouaziz N, Yeim S. Les risques d'erreurs diagnostiques chez les mineurs isolés étrangers. *Adolescence* 2013;313:625–32. <https://doi.org/10.3917/ado.085.0625>.

- [54] Radjack R, Coignac AB de, Sturm G, Baubet T, Moro MR. Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers?:Une approche transculturelle. *Adolescence* 2012;302:421–32. <https://doi.org/10.3917/ado.080.0421>.
- [55] Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- [56] Baubet T. Culture et diagnostic psychique : l'utilisation du "guide de formulation culturelle" du DSM-IV en clinique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2005;163:38–44. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2004.11.008>.
- [57] Hodes M. Psychological distressed refugee children in the United Kingdom. *Child Psychol Psychiatry Rev* 2000;5:57–68. <https://doi.org/10.1017/S136064170000215X>.
- [58] Guégan M, Rivollier E. Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative. *Santé Publique* 2017;29:861–7. <https://doi.org/10.3917/spub.176.0861>.
- [59] Maillefer F, Bovet É, Jaton L, Bodenmann P, Ninane F. Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations. *Rech Soins Infirm* 2019;137:26–40. <https://doi.org/10.3917/rsi.137.0026>.
- [60] Majumder P. Unaccompanied Refugee Minors' Experiences of Mental Health Services. thesis. University of Leicester, 2015.
- [61] Demazure G, Baeyens C, Pinsault N. Review: Unaccompanied refugee minors' perception of mental health services and professionals: a systematic review of qualitative studies. *Child Adolesc Ment Health* 2022;27:268–80. <https://doi.org/10.1111/camh.12486>.
- [62] Le guide EUPROM | Ministère de la justice 2023. <https://www.justice.gouv.fr/documentation/ressources/guide-euprom> (accessed March 18, 2025).
- [63] Magnani G, Pellicciari A, Massi L, Martelli M. Accueillir les mineurs isolés étrangers à Bologne (Italie). *L'autre* 2016;17:61–9. <https://doi.org/10.3917/lautr.049.0061>.
- [64] Présentation Ulysse n.d. https://www.ulysses-sm.be/_files/ugd/dc85f6_599013a822a94cbfad61faece3be2471.pdf?index=tr ue (accessed June 9, 2025).
- [65] Gunes C, Vanoeteren A, Hajji A. Le service de santé mentale Ulysse (Partie 1):Un espace de soins ni hors sol ni hors de son temps. *Rev Nouv* 2023;3:48–56. <https://doi.org/10.3917/rn.231.0048>.

- [66] Les mineurs étrangers non accompagnés. Sénat 2023. <https://www.senat.fr/lc/lc297/lc297.html> (accessed June 9, 2025).
- [67] Tangermann J, Hoffmeyer-Zlotnik P. Unaccompanied Minors in Germany. Challenges and Measures after the Clarification of Residence Status. Study by the German National Contact Point for the European Migration Network (EMN) 2018. https://www.researchgate.net/publication/332530199_Unaccompanied_Minors_in_Germany_Challenges_and_Measures_after_the_Clarification_of_Residence_Status_Study_by_the_German_National_Contact_Point_for_the_European_Migration_Network_EMN (accessed June 9, 2025).
- [68] Gaultier S. Paradoxe de l'accueil et adaptation paradoxale : les Mineurs non accompagnés entre protection et insécurité. Mineurs Non Accompagnés, In Press; 2023, p. 55–79. <https://doi.org/10.3917/pres.gauti.2023.01.0056>.
- [69] PASS : région Nord-Pas de Calais n.d. <https://www.ghicl.fr/fichs/11667.pdf> (accessed June 11, 2025).
- [70] Psychiatrie et santé mentale dans les Hauts-de-France. F2RSM n.d. <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/19055.pdf>.
- [71] DGOS. Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP). Ministère Trav Santé Solidar Fam n.d. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite-11421/article/les-equipes-mobiles-psychiatrie-precarite-empp> (accessed June 11, 2025).
- [72] Gerbes A, Leroy H, Leferrand P, Michel D, Jarno P, Chapplain J-M. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. *Inf Psychiatr* 2015;91:243–54. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1323>.
- [73] Notre action auprès des personnes mineures non accompagnées (MNA). Médecins Monde n.d. <https://www.medecinsdumonde.org/medecins-du-monde/mineurs-non-accompagnes-mna/> (accessed June 19, 2025).
- [74] Lenormand A, Alauzy P, Barda L. Mise en place d'une permanence d'accueil et d'écoute psy pour les personnes exilées en errance à Paris et en Île-de-France: Contexte, historique et difficultés rencontrées. *VST - Vie Soc Trait* 2021;151:70–6. <https://doi.org/10.3917/vst.151.0070>.
- [75] L'observatoire n.d. <https://www.f2rsmpsy.fr/observatoire.html> (accessed June 10, 2025).
- [76] Moro MR. Les maisons des adolescents, un nouveau concept ? *Adolescence* 2012;302:287–95. <https://doi.org/10.3917/ado.080.0287>.

- [77] Maisons des adolescents (MDA) | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles 2017. <https://solidarites.gouv.fr/maisons-des-adolescents-mda> (accessed June 10, 2025).
- [78] Houzel D. Cour des comptes, La pédopsychiatrie. Un accès et une offre de soins à réorganiser, mars 2023, rapport accessible sur le site internet de la Cour des comptes : www.ccomptes.fr. *J Psychanal Enfant* 2023;13:550–7. <https://doi.org/10.3917/jpe.026.0550>.
- [79] Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus* 2015;4:131. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-0902-1>.
- [80] Depaire J, Mestre C. Soutenir l'endurance psychique des Mineurs non accompagnés. *Mineurs Non Accompagnés*, In Press; 2023, p. 205–24. <https://doi.org/10.3917/pres.gauti.2023.01.0206>.
- [81] Comment bien soigner les exilés. Éditions Press n.d. <https://www.inpress.fr/livre/comment-bien-soigner-les-exiles/> (accessed June 18, 2025).
- [82] Palazzi S, Idir H. Les mineurs non accompagnés : des adolescents venus d'ailleurs, citoyens de demain. *Nouv Rev Psychosociologie* 2021;31:81–94. <https://doi.org/10.3917/nrp.031.0081>.
- [83] Lechevretel J. CRCT - Consultation Ressource en Clinique Transculturelle. CHU Nantes n.d. <https://www.chu-nantes.fr/crct-consultation-ressource-en-clinique-transculturelle> (accessed June 19, 2025).
- [84] Radjack R, Touhami F, Minassian S. Chapitre 4. Médiation transculturelle auprès des mineurs non accompagnés: Genèse d'un dispositif de médiation clinique : de la recherche NAMIE (Nouvel Accueil Mineur Isolé Étranger) à la consultation NATMIE (Nouvel Accueil Transculturel Mineur Isolé Étranger). *Guide Médiation En Santé Approche Transcult.*, In Press; 2024, p. 99–134. <https://doi.org/10.3917/pres.bouzn.2024.01.0100>.
- [85] Guessoum SB, Touhami F, Radjack R, Moro MR, Minassian S. Prendre en charge les mineurs non accompagnés : spécificités d'un dispositif complémentariste en contexte transculturel. *L'autre* 2020;21:262–73. <https://doi.org/10.3917/lautr.063.0262>.
- [86] Point sur le pole Psychiatrie du GHH aujourd'hui.pdf n.d.
- [87] D'ici et d'ailleurs : la consultation transculturelle n.d. <http://www.epsm-lille-metropole.fr/dici-et-dailleurs-la-consultation-transculturelle> (accessed June 14, 2025).
- [88] Lkhadir A, Quattoni B. Quel accompagnement transculturel des professionnels autour des Mineurs non accompagnés ? : Regards pluriels et co-création.

- Mineurs Non Accompagnés, In Press; 2023, p. 295–318. <https://doi.org/10.3917/pres.gauti.2023.01.0296>.
- [89] Touhami F, Minassian S. Élaboration d'une structure de conseil et de médiation transculturelle : de la consultation NATMIE (Nouvel Accueil Transculturel Mineur Isolé Étranger) au dispositif Med'Alliance. Guide Médiation En Santé Approche Transcult., In Press; 2024, p. 135–51. <https://doi.org/10.3917/pres.bouzn.2024.01.0136>.
 - [90] Lamer A, Carette F, Mobi H, Warembourg I, Amariei A, Saint-Dizier C, et al. Organization of French outpatient psychiatric clinics and delay to appointment. *L'Encéphale* 2024;50:465–8. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.09.005>.
 - [91] Ynesta S, Danguin AS, ARS Rhone Alpes. Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques [CMP] de la région Rhône-Alpes. Lyon: Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes; 2015.
 - [92] Dumke L, Wilker S, Hecker T, Neuner F. Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework. *Clin Psychol Rev* 2024;113:102491. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102491>.
 - [93] Michelson D, Sclare I. Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2009;14:273–96. <https://doi.org/10.1177/1359104508100889>.
 - [94] Radjack R, Minassian S, Touhami F. État des lieux et besoins de santé des mineurs non accompagnés. *Soins Psychiatr* 2019;40:12–7. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2019.06.003>.
 - [95] Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38:661–71. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>.
 - [96] Norredam M, Nellums L, Nielsen RS, Byberg S, Petersen JH. Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark: a nation-wide register-based cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27:439–46. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1122-3>.
 - [97] Guardia D, Salleron J, Roelandt J-L, Vaiva G. Prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques auprès de trois générations successives de migrants : résultats d'une étude menée en population générale. *L'Encéphale* 2017;43:435–43. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.06.008>.
 - [98] Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-

- based psychiatric services. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2002;181:331–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.331>.
- [99] Who keeps the first outpatient appointment? *Am J Psychiatry* 1981;138:102–5. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.1.102>.
- [100] Henzen A, Moeglin C, Giannakopoulos P, Sentissi O. Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry* 2016;16:111. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0819-4>.
- [101] Guessoum SB, Minassian S, de Staël P, Touhami F, DiGiovanni M, Radjack R, et al. Multimodal co-therapy for unaccompanied minors: a qualitative study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2022;16:81. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00518-2>.
- [102] Majumder P, Vostanis P, Karim K, O'Reilly M. Potential barriers in the therapeutic relationship in unaccompanied refugee minors in mental health. *J Ment Health Abingdon Engl* 2019;28:372–8. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466045>.

Annexe 1



Fiche de Saisine

Demande d'intervention MEOPSY

meopsy@chu-lille.fr

tel : 07 89 37 47 00

Nom / prénom / fonction du demandeur :

Mail :

Téléphone :

Date de la demande :

Identité du/de la MNA

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Genre :

Pays d'origine :

Langue(s) parlée(s) :

Administratif

Adresse de l'hébergement :

Modalité d'hébergement :

Téléphone de la structure :

Téléphone du référent éducatif (si différent du demandeur)

Parcours migratoire

Date du départ du pays d'origine :

Pays traversés :

Date d'arrivée en France :

Parcours éducatif

Date de reconnaissance du statut MNA :

Précédentes structures d'hébergement :

Scolarité / formation actuelle (préciser si déscolarisé.e) :

Famille et affiliations

Fratrie (nombre frères et sœurs, lieu de vie)

Situation des parents (lien persistant, rupture de contact, lieu de vie)

Autres membres de la famille en contact :

Relations affiliatives actuelles avec ses pairs (isolement / bonnes relations amicales) :

Centres d'intérêt :

Renseignements médico-psychologiques

Antécédents médicaux et chirurgicaux personnels (maladie connue, hospitalisation, opération...) :

Antécédents psychiatriques personnels (suivis antérieurs, suivis actuels, hospitalisations, trouble psychiatrique connu, passage à l'acte auto/hétéro agressif...)

Antécédents familiaux connus psychiatriques et non psychiatriques

Consommations :

Allergies connues :

Traitements (passés connus / en cours) :

Bilans réalisés (psycho/ortho/imagerie/bio/EEG):

Motif de la demande

Date de rencontre du/de la psychologue du foyer / de l'équipe d'appui :

Situation et éléments d'inquiétude motivant une demande d'avis de l'équipe mobile MEOPSY :

Modalités de rencontre

Accord du.de la MNA recueilli pour une rencontre avec MEOPSY :

Lieu(x) de rencontre(s) possible(s) :

Possibilités de déplacement du.de la MNA :

Accord du.de la MNA pour la présence d'un.e interprète :

Remarques

AUTEURE : Nom : VELASQUEZ CRUZ **Prénom :** Mélissa

Date de Soutenance : 14/10/2025

Titre de la Thèse : Prise en soins des troubles psychiatriques des mineurs non accompagnés : analyse de l'activité des 2 premières années de l'équipe mobile psychiatrique MEOPSY du CHU de Lille

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + option : Psychiatrie, option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Mots-clés : mineurs non accompagnés, troubles psychiatriques, psychiatrie transculturelle, équipe mobile, accès aux soins, étude quantitative, MEOPSY

Contexte : Les mineurs non accompagnés (MNA) constituent une population particulièrement vulnérable, exposée à de multiples facteurs d'adversité pré-, per- et post-migratoires et présentant une prévalence élevée de troubles psychiatriques. Leur accès aux soins est limité par des obstacles administratifs, structurels, linguistiques et culturels. L'équipe mobile d'évaluation et d'orientation psychiatrique MEOPSY, unique en France, a été créée en 2023 au CHU de Lille afin de faciliter le repérage, l'évaluation et l'orientation de ces MNA dans le Nord. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques sociodémographiques des MNA pris en charge, et leur parcours de soin avec MEOPSY.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique incluant tous les MNA suivis par MEOPSY entre janvier 2023 et décembre 2024. Les données ont été recueillies à partir des fiches de saisine et des dossiers médicaux, puis ont été centralisées dans une base structurée.

Résultats : 52 MNA ont été inclus. La population était majoritairement masculine (88%), âgée de 16-17 ans, issues de 20 pays différents et parlant 19 langues. La durée médiane du parcours migratoire était de 5 mois et celle sans reconnaissance de minorité en France de 33 jours. Le délai médian de prise en charge était de 28 jours ; les suivis duraient 3 mois, avec 2 consultations par patient, le plus souvent en « aller vers » (73%) et avec interprète (51%). Les diagnostics les plus fréquents étaient le trouble de stress post-traumatique (46%), l'épisode dépressif caractérisé (27%), les troubles psychotiques (12%) et ceux liés à l'usage de substances (17%). Au moment du recueil, 60% des MNA avaient été orientés (dont 58% vers des structures conventionnelles et 42% avec mise à disposition pour amélioration des troubles), 19% étaient encore suivis par MEOPSY et 21% avaient été perdus de vue.

Conclusion : Cette étude constitue le premier état des lieux de l'équipe MEOPSY et souligne la nécessité d'équipes mobiles spécialisées, adaptées aux spécificités clinique et de prise en charge des MNA, pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Le développement de ce modèle de soin, alliant « aller vers » et spécificité adolescente et transculturelle, apparaît comme une piste intéressante en matière de santé publique vis-à-vis de ce public.

Composition du Jury :

- **Président :** Pr François MEDJKANE

- **Assesseurs :** Dr Guillaume LECONTE, Dr Lucile DEFFENSE

- **Directeur de thèse :** Dr Guillaume LECONTE

