

LA SANTÉ MENTALE DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

Effets
des ruptures,
de la violence
et de l'exclusion



Novembre 2021



Sommaire

GLOSSAIRE	7
ÉLÉMENTS CONTEXTUELS	8
I. LES MNA EN RECOURS SUIVIS PAR MSF ET LE COMEDE : PORTRAITS ET PREMIERS CONSTATS	10
II. CLINIQUE D'UNE JEUNESSE EXILÉE ET EXCLUE	14
1. Trauma et violence	
2. Dépression, perte et deuil	
3. Trouble psychique réactionnel à la précarité des conditions de vie en France	
III. LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE	29
IV. PRINCIPES ESSENTIELS POUR LE SOIN PSYCHIQUE DES MNA	32
1. Traiter la dimension psychique au même titre que les autres dimensions de l'être, une approche pluridisciplinaire	
2. La transculturalité dans la relation de soin	
3. L'exemple du centre d'accueil de jour de MSF	
V. CONCLUSION	37
VI. RECOMMANDATIONS	38
REMERCIEMENTS	40

Glossaire

ADA	Allocation pour demandeur d'asile
AME	Aide médicale d'État
ASE	Aide sociale à l'enfance
Cada	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CCAS	Centre communal d'action sociale
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
CIM	Classification internationale des maladies
CMP	Centre médico-psychologique
CMPEA	Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents
Comede	Comité pour la santé des exilé·e·s
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
C2S	Complémentaire santé solidaire
Dases	Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé
Demie	Dispositif d'évaluation des mineurs isolés étrangers dans le département de Paris
MNA	Mineur non accompagné
MSF	Médecins Sans Frontières
Pass	Permanences d'accès aux soins de santé
SDF	Sans domicile fixe

Éléments contextuels

Dans le droit français, un mineur est considéré comme non accompagné « lorsqu'aucune personne majeure n'en est responsable légalement sur le territoire national ou ne le prend effectivement en charge et ne montre sa volonté de se voir durablement confier l'enfant¹ ». Cette catégorisation administrative, qui met volontairement l'accent sur l'isolement des mineurs plutôt que sur leur qualité d'étranger, ne rend que partiellement compte de la pratique qui concerne les MNA (mineurs non accompagnés). En réalité, le terme « MNA » est employé pour désigner un étranger de moins de 18 ans qui vit isolé en France, soit parce qu'il est entré sur le territoire sans être accompagné d'un adulte, soit parce qu'il a été laissé seul après être entré sur le territoire français et se trouve ainsi privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille.

En écho à l'article 20-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant² (Cide) dont elle est signataire, la France a retranscrit dans le droit commun l'obligation de protéger les MNA³. Il revient aux conseils départementaux, chargés de la protection de l'enfance, de mettre en place une mise à l'abri provisoire d'urgence pour sortir le mineur du danger que représente son isolement mais aussi de procéder à l'évaluation de sa situation pour déterminer s'il est effectivement mineur et isolé. La prise en charge jusqu'à la majorité d'un MNA par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) dépend donc de la reconnaissance par l'administration française de sa minorité et de son isolement. Cependant, le dispositif d'évaluation départemental et les conditions réelles de son application traduisent la politique française du non-accueil, fondée sur la suspicion généralisée envers les étrangers. Nombreuses sont les évaluations qui contestent sans fondement objectif la minorité des jeunes⁴.

Assimilés à des adultes, et de ce fait considérés comme des migrants irréguliers, ils sont alors privés de protection et renvoyés à une

vie faite d'errance et d'exposition à divers dangers (violence, exploitation, prostitution, trafic...). C'est ainsi qu'en 2017, lors de ses interventions sanitaires d'urgence auprès des exilés des campements parisiens, Médecins Sans Frontières (MSF) constate la présence de jeunes étrangers isolés. Leur vulnérabilité particulière, induite par l'absence de protection familiale et les conditions de vie extrêmement précaires, nécessite une mise à l'abri immédiate et une prise en charge médico-sociale.

Pour **répondre à ces besoins**, MSF ouvre un centre d'accueil de jour pour soutenir les **MNA en recours devant le juge des enfants** (dont la minorité est remise en cause par le département et qui saisissent ce juge). Tout au long de la période d'instruction du dossier, qui peut durer entre deux et vingt-quatre mois⁵, les jeunes ne bénéficient d'aucune prise en charge. **Ni mineurs, ni majeurs**, ils ne peuvent pas accéder à une mise à l'abri dans un foyer de la protection de l'enfance ni aux dispositifs d'hébergement dédiés aux majeurs. Les MNA en recours sont également méconnus des services de soins français qui

1. Article 1 de l'arrêté du 17 novembre 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille.

2. Convention internationale des droits de l'enfant, article 20-1 : « Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'État. »

3. L'article 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise en effet que « la protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge ».

4. Selon les chiffres communiqués par le Semna (Secteur éducatif auprès des mineurs non accompagnés), en 2020, 33,19% des jeunes qui se sont présentés au dispositif d'évaluation des mineurs étrangers du département de Paris ont été reconnus mineurs et confiés à l'Aide sociale à l'enfance (groupes de travail sur l'évaluation de la minorité et la mise à l'abri, septembre-octobre 2021).

5. Les délais ont été d'autant plus allongés par la pandémie de Covid-19 qui a paralysé l'appareil judiciaire, aggravé les problématiques structurelles préexistantes et considérablement distendu les délais d'audience, notamment au Tribunal judiciaire de Paris. Voir « Un an après le début de la pandémie, l'inquiétant engorgement du Tribunal judiciaire de Paris », Gabriel Thierry, avril 2021.

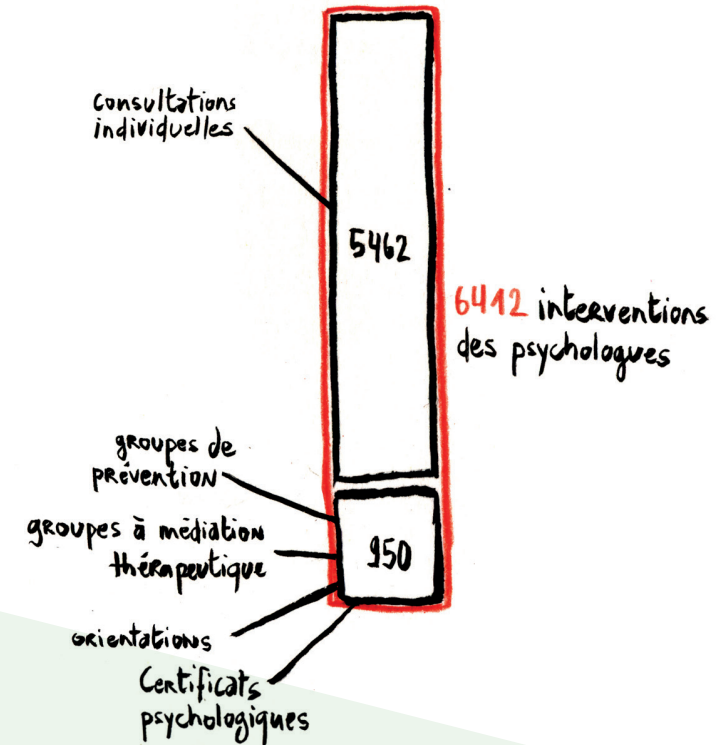
se trouvent souvent démunis pour prendre en charge ces jeunes précaires, au statut administratif complexe. L'**équipe pluridisciplinaire** du centre de MSF situé à Pantin, en Seine-Saint-Denis, accompagne ces jeunes dans leurs parcours de soins somatiques et psychologiques et dans leurs démarches administratives et juridiques.

À l'image de celle de l'ensemble des personnes exilées, la vie psychique des MNA en recours est affectée par « *les politiques migratoires, les conditions d'accueil et les discours dominants sur les étrangers*⁶ » en France. Face aux besoins en santé mentale et aux difficultés d'accès aux structures de soins, MSF et le Comede (**Comité pour la santé des exilé-e-s**) ont fait le choix de créer une consultation psychologique. Le suivi engagé par les professionnels de MSF et du Comede auprès des MNA en recours leur permet de faire état, grâce à la collecte de données quantitatives et qualitatives, des spécificités de la clinique auprès de ces jeunes extrêmement vulnérables. Ces observations soutiennent les actions de plaidoyer⁷ des deux organisations en faveur

de l'accès aux soins en santé mentale des MNA et ancrent les recommandations dans la réalité du terrain.

Ce rapport dresse les constats de plus de trois ans d'exercice et se fonde sur 6 412 interventions réalisées par les psychologues. Il ambitionne de les porter à la connaissance des professionnels du soin et des pouvoirs publics afin que l'accès aux soins en santé mentale des MNA soit garanti et amélioré.

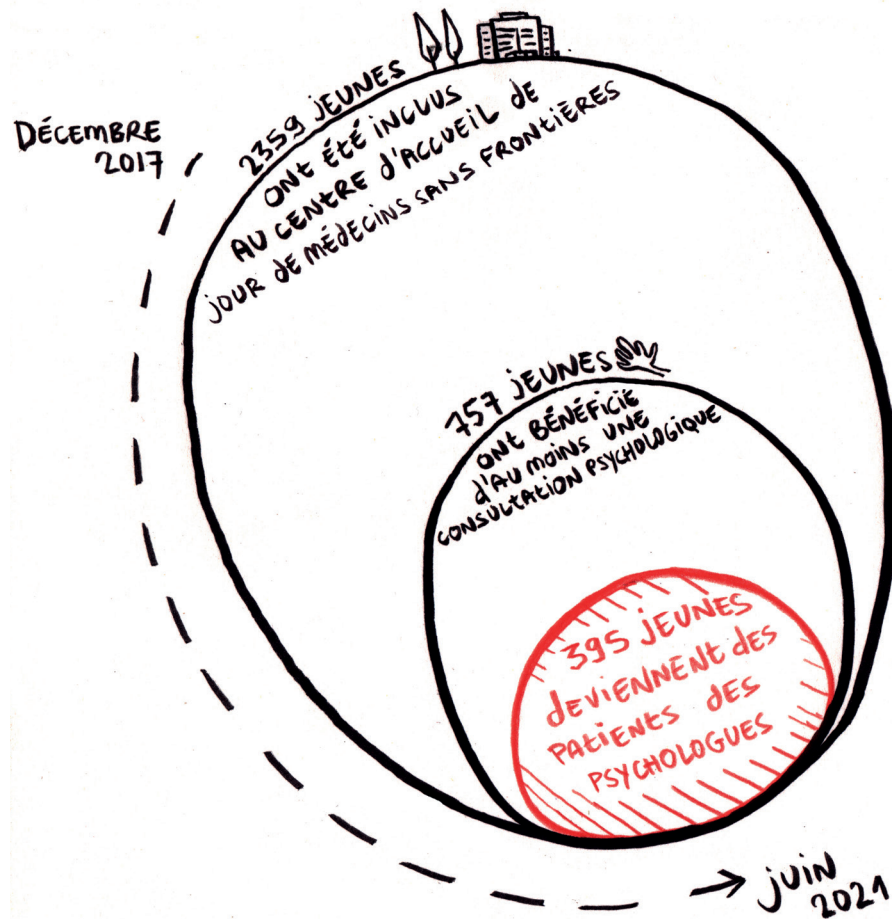
Nombre d'interventions psychologiques entre décembre 2017 et juin 2021



6. Comede, « Politique(s) et santé mentale des exilés », *Maux d'Exil*, n°55, septembre 2017.

7. Grâce aux activités du pôle santé mentale du centre d'accueil de jour, MSF et le Comede recueillent des données quantitatives et qualitatives qui permettent de faire état des besoins en santé mentale des MNA accueillis au centre. Les observations de MSF et du Comede fournissent de précieuses informations relatives aux MNA eux-mêmes, mais aussi aux particularités que leur prise en charge induit pour la pratique psychologique. Les données ne sont pas recueillies de façon systématique. Elles sont issues des consultations psychologiques et des ateliers de sensibilisation.

I. LES MNA EN RECOURS SUIVIS PAR MSF ET LE COMEDE PORTRAITS ET PREMIERS CONSTATS

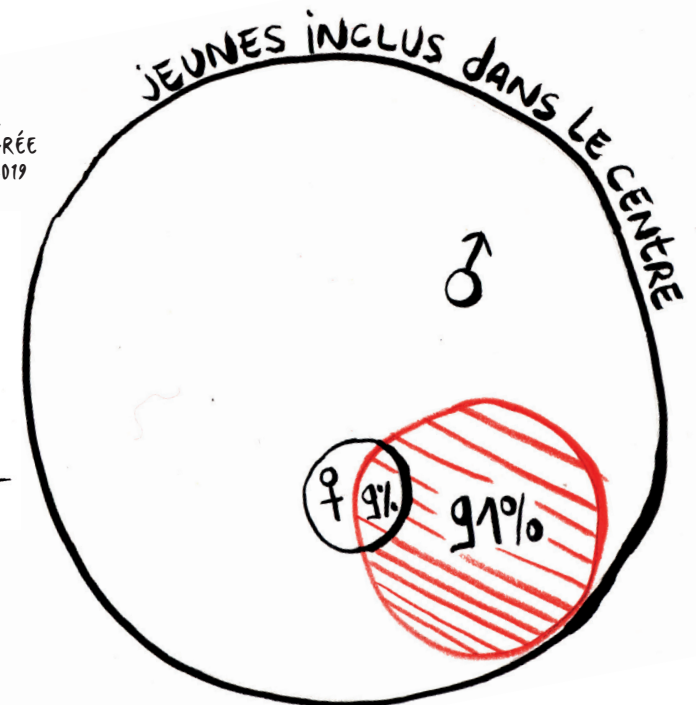
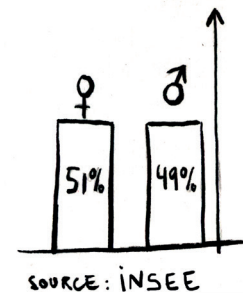


Même si tous les jeunes qui viennent au centre sont affectés par leur situation, ils n'ont pas tous besoin d'une consultation psychologique. L'ensemble des constats détaillés dans ce rapport ont été établis sur la base des 337 jeunes qui bénéficient d'un suivi psychologique.

Genre

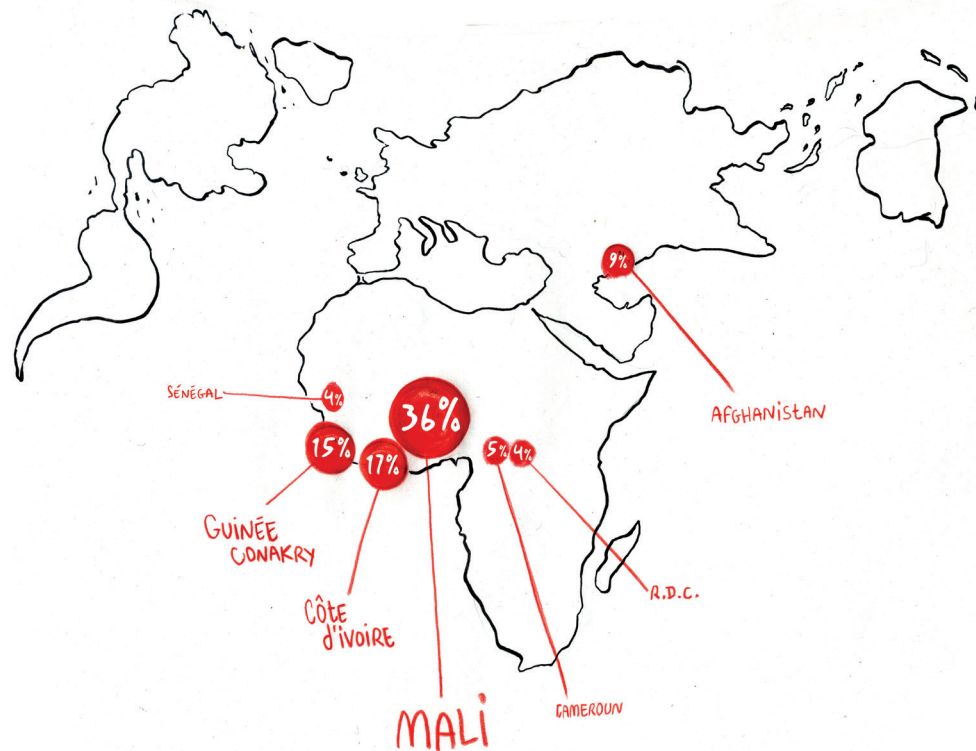
La moitié des filles incluses dans le centre bénéficient d'un suivi psychologique alors que seuls 16% des garçons en bénéficient.

RÉPARTITION PAR GENRE DE LA POPULATION IMMIGRÉE TOTALE EN FRANCE EN 2019



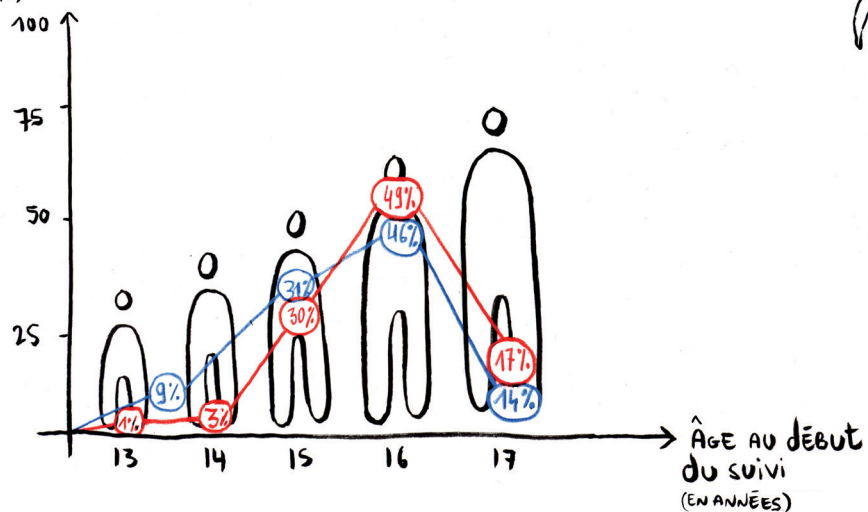
Moins nombreuses, les filles sont plus souvent soumises à des violences et peuvent de ce fait développer des troubles psychiques. Elles doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Nationalités



Âge

Proportion des JEUNES REÇUS (EN %)

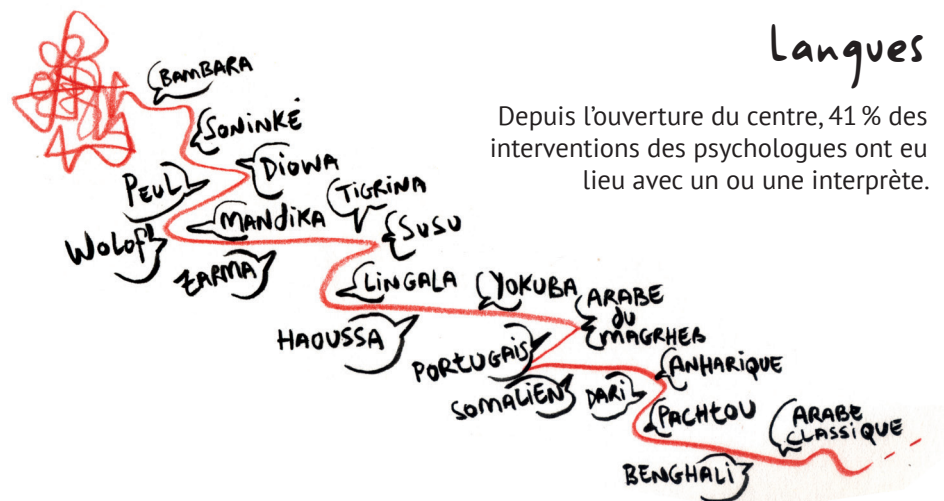


— COHORTE M.S.F. (DEC 2017 - JUIN 2021)
 — JEUNES PRIS EN CHARGE PAR L'A.S.E EN 2019

Etre adolescent-e ne recouvre pas les mêmes réalités en fonction de l'endroit où l'on grandit. Cela dépend de la conception que chaque famille a de cet âge de la vie, de la classe sociale à laquelle on appartient, de la culture dans laquelle on évolue, des contextes socio-politiques du pays d'origine et du pays d'accueil, de l'époque, des responsabilités qui sont confiées à chacun-e, du genre, etc.

Langues

Depuis l'ouverture du centre, 41 % des interventions des psychologues ont eu lieu avec un ou une interprète.



Symptômes

Représentation des troubles psychiques chez les jeunes reçus par les psychologues du centre de Pantin.

ANXIÉTÉ

Angoisses liées à l'insécurité actuelle (conditions de vie et statut administratif)
Ruminations anxieuses liées à l'incertitude du futur

75%
de la cohorte



INSOMNIES

Difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, réveils précoces

64%
de la cohorte

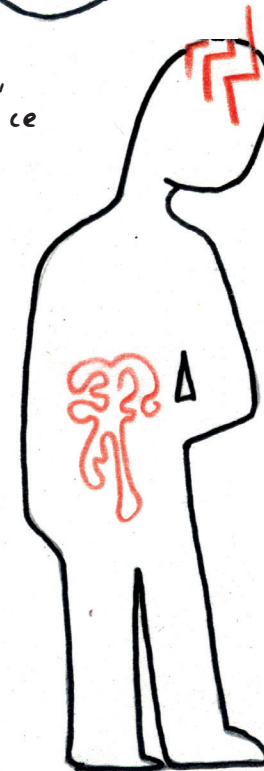


La sphère du sommeil est largement atteinte. La fatigue consécutive aggrave les autres symptômes, affaiblit l'ensemble des capacités, ce qui en retour alimente les troubles du sommeil.

CAUCHEMARS

Liés au psychotrauma, aux pertes vécues, à ce qu'ils vont devenir

49%
de la cohorte



PLAINTES SOMATIQUES

Céphalées, maux de ventre, maux de dos...

27%
de la cohorte

ISOLEMENT/RETRAIT

Jeunes qui ont tendance à s'invisibiliser

35%
de la cohorte



En l'absence de cause organique qu'il convient de faire évaluer, ces plaintes sont révélatrices du malaise psychique de ces jeunes. Le corps fait souffrir et parle.

TRISTESSE DE L'HUMEUR

Coloration ou envahissement de la vie psychique par la tristesse qui entraîne une baisse de la joie, du plaisir, du lien à l'autre, de l'espoir.

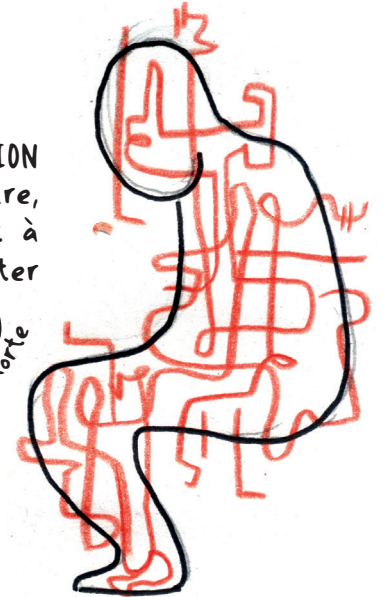
78%
de la cohorte



TROUBLES DE LA CONCENTRATION

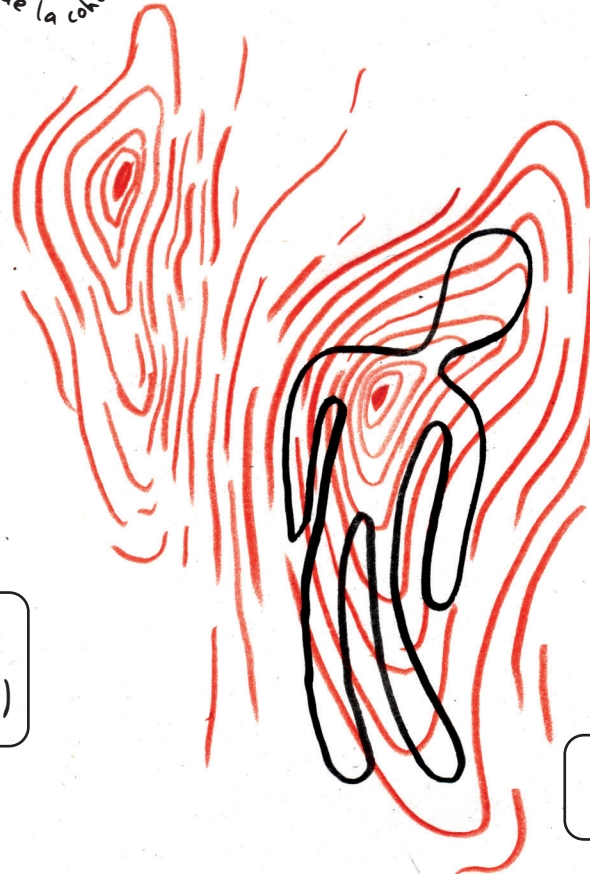
Difficultés à apprendre, à mémoriser, et à s'orienter

28%
de la cohorte



IDÉES SUICIDAIRES

13%
de la cohorte



PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Tentative de suicide avec hospitalisation

3%
de la cohorte

Prévention et soins à mettre en place **ABSOLUMENT**

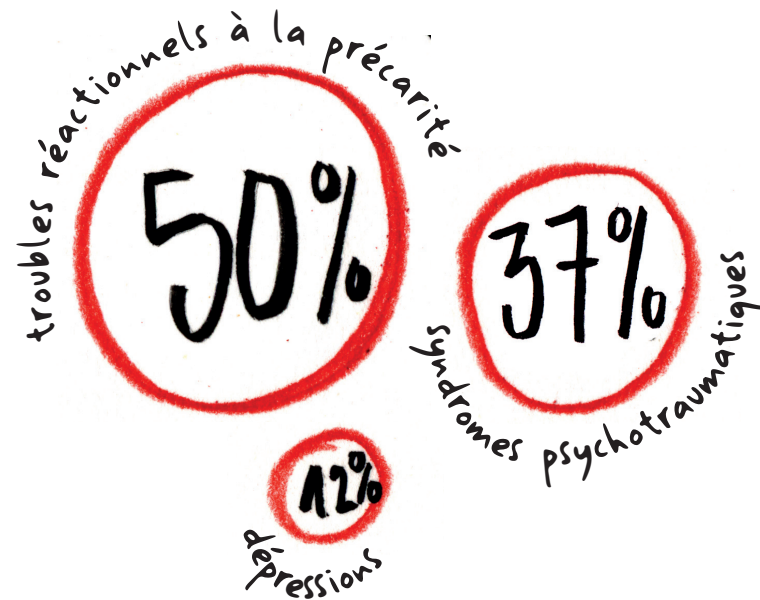
AGRESSIVITÉ

5%
de la cohorte



Peu de jeunes sont sujets à ce type de comportements (contrairement aux idées reçues)

II. CLINIQUE D'UNE JEUNESSE EXILÉE ET EXCLUE



Contrairement à ce que les parcours de vie et d'exil des MNA en recours reçus au centre de Pantin pourraient laisser penser, les psychotraumatismes ne sont pas les troubles les plus fréquemment observés chez eux. Cependant, leur proportion reste conséquente et leur symptomatologie est exacerbée par les conditions de vie en France.

De plus, la clinique auprès de ces jeunes révèle l'existence de troubles dépressifs, induits par la perte et les deuils, subis dans leur pays d'origine et sur le parcours de l'exil. Néanmoins, les troubles les plus représentés dans cette population sont les troubles réactionnels à la précarité en France. C'est le constat le plus frappant tiré de l'expérience de ce programme.

Les psychotraumatismes, les troubles dépressifs et les troubles réactionnels à la précarité sont liés à des événements vécus qu'il est important de pouvoir se représenter. C'est pourquoi les événements de vie auxquels les jeunes sont significativement exposés sont associés à chacun de ces trois diagnostics.

1. Trauma et violence

Sur les 395 jeunes ayant bénéficié d'un suivi psychologique, 37% souffrent de troubles psychotraumatiques – parmi eux, un cinquième sont des traumas complexes.

Les syndromes psychotraumatiques

Ils se caractérisent par le lien entre un événement de vie marqué par la violence et l'émergence de symptômes qui peuvent être particulièrement invalidants. Le syndrome d'intrusion ou de répétition est spécifique du psychotraumatisme. Le ou les événements font des retours répétitifs dans l'esprit, sous la forme d'images diurnes (reviviscences/flash-backs), de cauchemars, de ruminations autour de l'événement (« Et si je n'avais pas fait cela... »). Ces retours répétitifs empêchent la personne qui en souffre de s'inscrire dans le présent et d'envisager l'avenir : les nuits agitées ou trop courtes épuisent, la mémoire et la concentration sont défaillantes, les rendez-vous oubliés. C'est parfois tout le rapport au temps et à l'espace qui subit une altération, à un moment où les jeunes découvrent une culture, une société et un environnement totalement nouveaux et doivent être en mesure de mobiliser leurs ressources psychiques et d'apprendre à se repérer. S'ils ne sont pas soignés, ces symptômes peuvent devenir chroniques et entraîner une modification durable de la personnalité (**définition Guide du Comede, 2015**).

Pour les mineurs isolés, l'absence de figure parentale et de soutien des proches les prive de l'étayage nécessaire à l'amélioration de leur état psychique. Le soutien d'une équipe pluridisciplinaire est alors indispensable. L'accompagnement social et juridique contribue à diminuer l'angoisse des jeunes puisqu'il permet l'accès aux services essentiels (alimentation, hygiène, alphabétisation...) et la compréhension des procédures juridiques. Le suivi psychologique leur permet de comprendre que leur état psychique n'est pas permanent et qu'ils peuvent en guérir.

Il arrive que les jeunes, du fait de leur isolement, sollicitent de façon particulièrement importante les soignants (« transfert massif »). La pluridisciplinarité apporte alors un soutien au soignant lui-même qui peut orienter les jeunes vers les autres professionnels à même de traiter ses demandes et ainsi travailler ensemble.

« La répétition traumatique, ça n'est qu'une partie de l'ensemble du mode d'être de ces patients.
Il n'y a pas que la répétition,
il y a toute la fracture de leur être. »

Claude Barrois, conférence Paroles Sans Frontières, 2006

Les psychotraumatismes complexes

Ils se caractérisent par une modification profonde de la personnalité et du rapport à l'autre, ainsi que par l'instabilité émotionnelle et la somatisation. **Ils sont particulièrement observés chez des personnes ayant vécu des situations traumatiques répétées, précoces ou des violences extrêmes.** Il peut y avoir chez la personne atteinte de psychotraumatisme complexe des éléments psychotiques et/ou dépressifs graves, ce qui complique le diagnostic. La gravité de ces tableaux cliniques peut mener à une hospitalisation et nécessite une mobilisation supplémentaire de l'équipe pluridisciplinaire qui va devoir dédier un temps important à la coordination des soins et de l'accompagnement.



Vignette clinique

Modou* est orienté vers le pôle santé mentale du centre d'accueil de jour par une collègue infirmière qui observe lors d'un rendez-vous « bilan santé » que ce jeune présente des troubles de la mémoire et des reviviscences, en plus des maux de dos et des difficultés auditives qu'il exprime. Je propose à Modou un rendez-vous, dont il est immédiatement preneur. Il demande à ce qu'il ait lieu au plus vite. Lors du premier entretien, à peine le cadre de la consultation posé, il prend la parole de façon logorrhéique.

Le récit de Modou se construit en trois temps.

Il commence tout d'abord par décrire sa situation actuelle, en faisant part d'éléments très factuels, mais désorganisés, sur l'accompagnement au centre de MSF, les rendez-vous à l'hôpital, le campement, l'hébergement à l'hôtel et les personnes rencontrées pendant ces derniers mois. Il laisse entendre son inquiétude autour de la précarité dans laquelle il vit, mais exprime aussi le sentiment d'être soutenu et accompagné par certains acteurs.

Il raconte ensuite son arrivée en France, les entraves et les difficultés auxquelles il a été confronté. Son ton de voix et sa posture changent, le récit devient de plus en plus confus, les personnes et les institutions ne sont plus identifiables.

Puis, sans reprendre son souffle, il enchaîne sur un événement traumatique vécu pendant son parcours migratoire. Lors de son passage par la Libye, le groupe avec lequel Modou voyageait a été poursuivi par une voiture. Pris par la peur, dans l'impossibilité de comprendre ce qu'il se passe, au milieu d'un amalgame d'émotions et de sensations, il entend un premier coup de feu. Il voit la personne à côté de lui tomber par terre : « *Je n'avais jamais vu ça, du sang partout, partout !* », répète-il d'un ton pétrifié.

Il entend ensuite un deuxième coup de feu et est persuadé que c'est son tour, la balle l'a certainement touché. Pour quelques secondes, il se demande s'il est vivant, s'arrête un peu plus loin et remarque qu'il a du sang sur lui.

À ce point de son récit, Modou fait une pause. Il touche son corps, comme s'il répétait la scène à la recherche du sang.

Puis il reprend son récit.

Pour quelques secondes, il croit que c'est son sang à lui, il pense qu'il va mourir, jusqu'à ce que quelqu'un lui dise qu'il va bien, que ce sang ne lui appartient pas.

Modou fait part de cette scène à travers un récit riche en détails factuels et, dans un premier temps, complètement dénué d'émotion, le regard fixé sur le sol. Au fur et à mesure de notre échange, les émotions font timidement surface et le jeune homme

cherche mon regard et ma réaction vis-à-vis de la violence subie qu'il dépose.

Au cours de cette première rencontre, Modou a pu aussi se confier au sujet de ses cauchemars récurrents, du sentiment de peur qui l'habite constamment, des reviviscences, de l'hypervigilance (le bruit de freins d'une voiture ou une voiture qui roule très vite près de lui peuvent engendrer des épisodes d'angoisse importants et générer un sentiment de confusion mentale).

Le suivi psychothérapeutique avec Modou a duré quelques mois. C'est en témoignant auprès de moi de son présent précaire et de sa difficile arrivée en France qu'il a pu dans un deuxième temps aborder l'événement traumatique. Les cauchemars terrifiants se sont transformés en rêves un peu plus apaisés. Lorsqu'il commence à aller à l'école, Modou demande à arrêter le suivi. Il dit n'avoir plus le temps pour venir au centre et souligne le besoin de se centrer sur l'ici et maintenant.

Andrea Barros Leal,
psychologue au Comede

*Le prénom a été modifié



Antécédents de violence et parcours d'exil

Les données dont il est fait état ci-après sont issues des observations du pôle santé mentale de MSF et du Comede auprès des 395 jeunes ayant bénéficié d'un suivi spécialisé. Elles permettent d'associer les syndromes psychotraumatiques à des événements violents vécus dans le pays d'origine ou sur la route de l'exil. Mais il n'existe pas de relation invariable de cause à effet. Faire l'expérience de tels événements n'engendre pas toujours des troubles psychiques.

Dans le pays d'origine

17 % des jeunes suivis par les psychologues sont originaires de zones de guerre et de conflits : Afghanistan, Somalie, Érythrée, Soudan, Mali (principalement la région de Tombouctou).

Ils ont vécu et grandi dans une société délitée, en proie à l'arbitraire et à l'exposition à la violence. Ils ont fait l'expérience de la violence dans leur chair et dans leur psychisme. Certains en ont été l'objet : **7 % de la cohorte déclare avoir été victime de torture ou de violence extrême et 9 % déclare avoir été blessée. 15 % des jeunes suivis par le pôle santé mentale déclarent avoir été témoins de violence.**

Sur la route

La très grande majorité des jeunes que nous recevons empruntent une route migratoire clandestine qui comporte de nombreux dangers. Ces itinéraires fragilisent énormément les jeunes puisqu'ils les exposent à des violences importantes.

36 % des jeunes pris en charge par le pôle santé mentale de MSF et du Comede **ont été témoins d'actes violents.**

21 % des jeunes déclarent avoir traversé une zone de guerre ou de conflits sur le chemin de l'exil. Parmi eux, **huit sur dix déclarent avoir été emprisonnés, six sur dix torturés et plus de la moitié blessés.** La majorité de ces expériences se sont déroulées en Libye. Les exilés sont fréquemment la cible de crimes⁸ dans ces zones caractérisées par la violence et la présence réduite des institutions gouvernementales et des organisations humanitaires.

Les jeunes suivis par les psychologues de MSF et du Comede font également état des **violences sexuelles** dont ils ont été victimes : **6 % déclarent en avoir été l'objet dans leur pays d'origine, 6 % sur le parcours migratoire.** La répartition genrée des MNA ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles montre que, dans le pays d'origine, les filles sont les principales victimes de ces actes. 70 % des jeunes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles dans leur pays d'origine sont des filles. Ce ratio est de 50 % lorsque sont évoquées les violences sexuelles sur la route de l'exil⁹.

10 % des jeunes ont fait l'expérience de la perte d'un proche sur la route. Cette perte a quasiment systématiquement un caractère traumatique. En effet, en Libye et en Méditerranée principalement, les personnes décèdent car elles sont assassinées, se noient ou ne peuvent accéder à des soins. La plupart du temps, il n'y a pas de sépulture. Les jeunes se retrouvent seuls, fragilisés. L'absence de funérailles et l'enclenchement d'une logique de survie rend impossible le processus de deuil. Les jeunes sont également rongés par la culpabilité de ne pas avoir pu sauver ce proche et traumatisés par le fait qu'ils auraient, eux aussi, pu perdre la vie. Ils s'identifient au défunt.

72 % des jeunes suivis par les psychologues ont traversé la Méditerranée sur une embarcation de fortune. Parmi eux, un sur quatre a survécu à un naufrage.

8. Mixed Migration Centre et UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees), "On this journey, no one cares if you live or die: abuse, protection, and justice along routes between East and West Africa and Africa's Mediterranean coast", juillet 2020.

9. Les chiffres relatifs aux violences sexuelles subies par les garçons sont probablement sous-estimés puisque le tabou et la honte les empêchent de porter à la connaissance d'une personne tierce ce type d'événements.



Vignette clinique

Madani* dit « avoir choisi » de venir en France pour être scolarisé. Il insiste. Il a fait « le choix » de décliner la proposition de travail de l'une de ses tantes. « Le choix » de fuir les violences massives exercées par son oncle, sur lui et sa mère, depuis le décès de son père. Pour autant, lors des premiers entretiens, ce « choix » l'agite et nourrit sa culpabilité. Il est sans nouvelles de sa mère depuis son arrivée en France, il y a de cela plusieurs mois. L'idée qu'elle aurait pu succomber aux coups de son oncle le ronge. L'image de sa mère morte l'envahit. Il tente de se raccrocher à sa « bague de protection » qu'il touche délicatement pendant les entretiens et dont il m'enseignera les vertus.

Madani éprouve de la peur, de la tristesse, de la culpabilité. Ces émotions s'entremêlent à d'autres. Il voudrait les aborder mais ne s'autorise pas à les faire coexister à côté de l'image-écran de sa mère qui prend toute la place.

Je reçois Madani avec un interprète professionnel en soninké.

J'adresse une demande à Patricia, l'assistante sociale du centre, afin de trouver une solution pour aider Madani à contacter sa mère. Cette tentative, même si elle venait à valider le fantasme du jeune, pourrait possiblement impulser une nouvelle dynamique autour de la question du deuil.

Avec l'aide de l'un des médiateurs culturels qui lui explique le fonctionnement de la carte téléphonique, nous offrons cette possibilité à Madani de reprendre contact avec sa mère. Elle répond.

À chaque consultation suivante, Madani se présente avec des dessins qui soutiennent sa parole et rendent compte de ses affects jusque-là dissimulés derrière l'écran de sa mère. Ses productions reflètent ses cauchemars qui sont peuplés d'animaux noirs, hirsutes, arborant souvent des longues griffes – « les animaux de la mer », comme il les appelle, non sans équivoques. Ces animaux effrayants entourent deux personnages qui se tiennent la main, lui et Harun, son compagnon d'exil.

La parole se libère.

Après avoir traversé une partie de l'Afrique, s'être caché pendant plusieurs mois dans la forêt au Maroc avec Harun, Madani a dérivé plusieurs jours durant dans une embarcation de fortune, entouré d'adultes et du corps inerte de son ami. Son double, Harun, est mort pendant la traversée. Madani est resté à regarder son corps allongé sans pouvoir le ramener à la vie.

Les images des personnes aimées, perdues, s'entrechoquent. Comment faire revivre symboliquement un alter ego ?

L'appui sur le dessin mais aussi sur la culture par les échanges triangulaires avec le médiateur culturel se fait essentiel. Progressivement, Madani nous délivre ses pensées couchées sur papier. Aux « animaux de la mer » se mêlent ceux « de la forêt » rencontrés durant son parcours, qui ne se résume plus uniquement à un épisode mais gagne en épaisseur. Un mouvement psychique s'opère. Madani nous amène avec lui sur les pas des aventures vécues avec Harun, de leurs rêves d'avenir et des projets bâtis ensemble. Madani nous attire dans ce que fut leur quotidien sur la route, les dessins sur la terre battue, les animaux dont ils ont croisé le chemin, les marchés, les plats cuisinés en secret dans la forêt. Harun ne cesse pas d'exister au sein de l'espace thérapeutique.

Camille Verdon,
psychologue à MSF



*Le prénom a été modifié



IL N'OSE PLUS DORMIR DE PEUR DE SE RETROUVER DE NOUVEAU CONFRONTÉ À CE QU'IL VIT DANS SES CAUCHEMARS.

2. Dépression, perte et deuil

Sur les 395 jeunes suivis par MSF et le Comede, 12 % sont atteints de dépression – parmi eux, 62 % souffrent de dépression aiguë et 38 % de dépression chronique.

Le trouble dépressif se traduit par une humeur triste mais aussi par un ralentissement psychomoteur et psychique, une perte d'appétit, des insomnies, des plaintes somatiques, une irritabilité ou une anxiété et des idées suicidaires. Ce syndrome met en danger les jeunes car le contexte dans lequel ils évoluent est très exigeant. Ils doivent mobiliser beaucoup de ressources psychiques et d'énergie pour évoluer et survivre dans une société nouvelle dont ils ne maîtrisent pas les codes et la langue, très différente de l'environnement dans lequel ils ont grandi. Or, lorsqu'ils sont atteints de dépression, les jeunes se désinvestissent, ont des difficultés à demander de l'aide et risquent de s'isoler. Ils n'ont plus la force de se rendre aux distributions alimentaires pour se nourrir, ont des difficultés à honorer leurs rendez-vous médicaux et administratifs. Ils nécessitent alors une attention particulière de la part des soignants et des travailleurs sociaux qui les accompagnent, afin que leur retrait ne soit pas pris pour de l'indifférence, de la négligence et ne les fasse pas disparaître dans la masse du groupe.

La dépression chez les MNA peut être liée tant aux événements vécus dans le pays d'origine ou sur la route migratoire qu'aux conditions de vie précaires et instables en France.

En effet, la plupart des dépressions diagnostiquées par les psychologues de MSF et du Comede sont liées à un deuil pathologique induit par le décès d'un parent dans le pays d'origine ou d'un accompagnant sur la route de l'exil. Les jeunes sont alors séparés des personnes qui les soutenaient et vivent cette perte sur un versant abandonnique. Toutefois, la dépression chez les MNA peut également être liée à la longueur et à l'incertitude des procédures administratives. Il arrive parfois que des mains levées (des fins de prise en charge) soient prononcées alors que les jeunes bénéficiaient d'une mesure d'assistance éducative¹⁰. Ces revirements déstabilisent fortement les jeunes qui doivent s'engager une nouvelle fois dans un combat administratif pour réintégrer la protection de l'enfance.

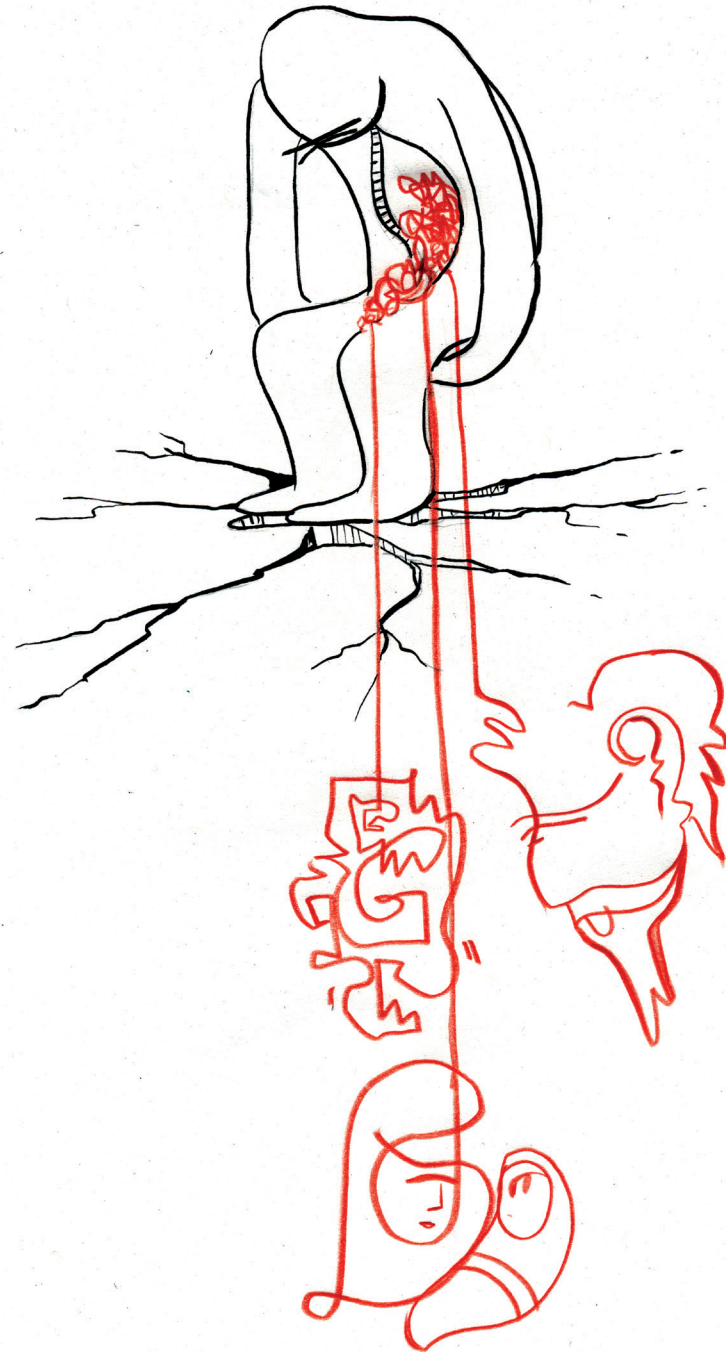
De nombreux jeunes ont vécu la perte d'un proche ou la perte de leur soutien. **55 % des jeunes de la cohorte déclarent avoir perdu un parent ou un proche dans leur pays d'origine. 55 % des jeunes ont connu une désorganisation de la famille et 44 % des conflits intrafamiliaux. Ceci est souvent la conséquence du décès d'un parent de l'enfant.**

Dans le pays d'origine, il s'agit la plupart du temps de la perte de la mère ou du père. De nombreux jeunes considèrent alors cet événement comme déterminant dans leur vie : cette perte représente une rupture qui a fait basculer leur vie d'enfant ou d'adolescent. Sans ce décès, ils n'auraient pas eu à quitter leur groupe social. Le parent décédé était souvent le protecteur, celui qui assurait des conditions de vie décentes à l'enfant et l'inscrivait dans un groupe social auquel il se sentait appartenir. Il était celui qui donnait l'affection et l'amour nécessaires pour grandir correctement, malgré des conditions de vie matérielles difficiles. Il offrait la sécurité et l'espace indispensables à l'enfant pour jouer ou s'instruire. Le parent projetait l'enfant dans son avenir, il pensait son futur.

10. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un jeune est soumis à une seconde évaluation par le département vers lequel il a été orienté, du fait de la clé de répartition, à la suite d'une première évaluation départementale ayant conclu à sa minorité. Cette seconde évaluation, qui contredit l'évaluation initiale, entraîne une main levée des mesures de protection initialement prononcées à l'égard du jeune. Il se trouve de nouveau en situation de rue, sans aucune prise en charge.

La plupart du temps, les jeunes ont pu assister et prendre part aux funérailles du parent. Ils ont pu voir leur groupe social se mobiliser autour de cette disparition. Malgré ces rituels, le deuil est souvent enkysté. Le décès du parent a précipité un bouleversement dans l'existence de l'enfant. Il l'a exposé aux violences du groupe familial ou social, ce qui a empêché un travail de deuil. La perte devient un trou béant qui met psychiquement à nu l'enfant. Il se sent alors extrêmement vulnérable. La tristesse consécutive à la perte est souvent majeure et d'une intensité anormalement élevée si on considère le temps qui s'est écoulé entre la perte et le moment de la consultation (parfois plusieurs années).

Lorsque la perte intervient dans le cadre d'événements violents, le deuil est particulièrement complexe. Il prend une dimension traumatique. C'est le cas dans les zones de guerre, comme en Afghanistan, où le décès intervient à la suite d'un attentat ou d'un combat armé. C'est également le cas lorsque la mort est due à des violences intrafamiliales ou lorsqu'elle a lieu sur la route migratoire. Bien que plus rares, ces deuils traumatiques affectent la plupart du temps l'enfant de manière profonde et durable. La culpabilité présente dans toutes les formes de deuil est extrêmement saillante dans ces contextes.





Vignette clinique

Quand Modibo* arrive dans ma consultation, il a intégré le centre depuis quelques jours. Assez rapidement, il m'explique qu'il a perdu sa mère deux ans et demi auparavant et que cela a brisé sa vie.

Il est épuisé. Il n'arrive plus à se calmer depuis qu'il a vu son camarade de rue se faire violemment agresser par des hommes avec des tessons de bouteille. Il est resté là, la nuit, dans la rue, à regarder son camarade partir avec les pompiers. Il se vit abandonné, laissé en plan, seul, en proie à la menace, à la violence.

Cet événement a fait resurgir le passé de manière intempestive... La violence du père lui revient. Des idées de mort ne le quittent plus depuis. Mourir serait enfin la possibilité de se libérer de ce cauchemar qu'est devenue son existence. Il fantasme un scénario. Je l'adresse à une consultation psychiatrique en urgence et il est hospitalisé quelques jours. Se met ensuite en route un suivi psychothérapeutique hebdomadaire au centre de MSF, ainsi qu'un accompagnement social, médical et juridique.

Lors des consultations, Modibo explique que la violence de son père s'est déchaînée sur lui au décès de sa mère. Une violence verbale – « *tu n'es qu'un vaurien* », « *tu n'aurais pas dû venir au monde* » –, mais aussi physique. Avant, c'était sa mère qui avait de

nombreux conflits avec son mari, le père de Modibo. Il explique : « *J'étais tout pour ma mère, elle voulait que je devienne quelqu'un. Elle n'a pas eu la chance d'être quelqu'un car elle n'a pas pu aller à l'école.* »

Durant la première partie du suivi, nous travaillons sur les effets psychotraumatiques de la violence du père. Il s'appuie progressivement sur ce que sa mère lui a transmis et réussit à trouver cette violence, dont il ne s'attribue plus la responsabilité.

En même temps, un autre axe de travail se met en place, grâce auquel il met en route son travail de deuil : « *Quand elle est partie, j'étais seul. C'est difficile d'en parler mais il faut que je le sorte. Elle est décédée une nuit, comme ça. Elle était ma vie. Elle était tout pour moi. Elle est partie et elle m'a laissé seul, seul face à cette vie.* » Il livre son sentiment d'abandon, lié à la mort de sa mère, amplifié par la violence et le rejet de son père, ainsi que par une route migratoire difficile et une arrivée dans une société française non accueillante, qui ne reconnaît pas son identité et n'a pas de place pour lui. La vie dans la rue ou dans des hébergements précaires et temporaires l'empêche de se sentir chez lui.

Au cours de la psychothérapie, un nouvel axe de travail se déploie : la crainte de l'effondrement.

Au cours de la thérapie, les énoncés évoluent. Il commence par « *j'ai peur qu'on me*

quitte, qu'on m'abandonne, qu'on me laisse seul ». Puis réussit à s'inscrire dans sa scolarité : « *Ça se passe bien à l'école mais j'ai peur qu'ils me disent d'arrêter. J'ai peur des choses bien.* » Il compose ensuite peu à peu avec la réalité de son quotidien précaire : « *Sans savoir ce qui t'attend dans le futur, tu te bats au présent.* » Avant d'arriver à dégager une projection dans le futur : « *J'ai envie de me battre et voir ce que le futur me réserve.* »

Enfin, au fur et à mesure du suivi, le vécu d'abandon lié à la perte de sa mère laisse place à la capacité de se prêter à soi-même le soin et l'attention que le(s) parent(s) pouva(en)t porter à l'enfant. Alors qu'il part de la position « *j'ai peur qu'on me laisse seul, j'ai besoin de ma mère* », il s'investit lui-même petit à petit comme étant en mesure de prendre soin de lui-même, de se soutenir face aux autres.

Mélanie Kerloc'h,
psychologue à MSF



*Le prénom a été modifié

3. Trouble psychique réactionnel à la précarité des conditions de vie en France

Les psychologues de MSF et du Comede ont observé que **50 % des jeunes qui composent la cohorte bénéficient d'un suivi psychologique sans pour autant présenter un tableau clinique relevant du psychotraumatisme ou de la dépression.**

Ils sont suivis car ils éprouvent des symptômes tels qu'une humeur triste, de l'anxiété, des troubles du sommeil (insomnies), des troubles de la concentration, des attitudes de retrait social, un épuisement physique et psychique, un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets ou à continuer dans la situation actuelle. Parmi eux, certains développent des idées suicidaires.

D'abord sujets à une première phase d'anxiété majeure, les jeunes tendent à basculer ensuite dans un état dépressif. C'est alors que les désinvestissements apparaissent, ainsi que les attitudes d'isolement et de retrait social. C'est pendant cette seconde phase que les idées suicidaires peuvent également émerger.

D'après la classification internationale des maladies (CIM 10), le diagnostic le plus adapté pour qualifier ce type de trouble psychique est « réaction à un facteur de stress sévère ».

50% des jeunes suivis souffrent par conséquent d'une détresse massive et réactionnelle à un facteur de stress. La précarité dans laquelle ils sont maintenus par la politique du non-accueil en France semble être le facteur de stress sévère qui nourrit leur trouble. Dépourvus de protection, de statut administratif et de représentation légale, les jeunes se savent isolés et vulnérables. En réaction, certains développent un trouble psychique.

Il est possible de lier l'apparition de ce trouble à la précarité des conditions de vie en France puisqu'il a été observé que les symptômes cessent lorsque les jeunes sont pris en charge dans un environnement sécurisant et adapté à leurs besoins, dans le cadre de la protection de l'enfance. Toutefois, et comme pour les autres diagnostics prévalents chez les MNA pris en charge par MSF et le Comede et détaillés ci-dessus, il n'est pas possible d'établir un lien de causalité invariable. Tous les MNA ne développent pas ce type de trouble, même si tous connaissent des conditions de (sur)vie similaires.

Nous avons pu repérer une « triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, catastrophique, ou même qui disparaît ».

*Jean Furtos, « La précarité et ses effets sur la santé mentale »,
« Le Carnet PSY », septembre-octobre 2011*

Vignette clinique

Samba* a 16 ans. Lorsqu'il intègre le centre MSF, il est orienté vers une psychologue dès son accueil car il veut parler. Il se sent mal. Il ne supporte pas de ne pas avoir été reconnu mineur.

Lors de notre première rencontre, je lui explique le travail de psychologue. Il a besoin de parler et de raconter son histoire depuis le début. Il s'exprime en français. Il m'explique d'où il vient et les raisons de son départ. Il vivait avec ses parents et ses frères et sœurs en Côte d'Ivoire. Son père a connu des problèmes à son travail. Il a alors perdu son statut social puis il a dû partir. Il est rentré dans son pays d'origine, le Mali. Samba, lui, est resté avec sa mère et sa fratrie. Avec le temps, sa mère s'inquiète pour le père et demande à Samba de le rejoindre au Mali. Ce dernier le rejoint et assiste à la déchéance de son père, qui vit avec peu de ressources et est malade. Son père décède. Samba se retrouve seul et sait que sa mère est dans une situation très précaire. Il part alors vers l'Algérie dans l'espoir d'y faire des études. Ce projet échoue et il doit travailler dans des chantiers pour assurer sa subsistance.

C'est en Algérie que le projet de partir en Europe se forme. Il s'organise avec l'argent qu'il a gagné et part en Libye. En 2017, c'est de là-bas qu'il est possible de traverser la Méditerranée. Il raconte que la traversée a été périlleuse car plusieurs fois ils ont failli faire naufrage mais ils ont fini par arriver

en Italie. Samba n'a pas souhaité y rester et a voulu aller en France. Il est passé par les montagnes, par Briançon.

Quand il est arrivé à Paris, il s'est présenté au Demie (Dispositif d'évaluation des mineurs isolés étrangers). La reconnaissance de sa minorité a été refusée. Depuis, il dort dehors. Il ne comprend pas. Il n'arrive plus à dormir. Il n'arrête pas de refaire son histoire. *« Mes rêves sont gâtés. À mon âge, je dors dehors. J'ai une vie de voyou. Je dors dans les cartons. Des gens vont devenir des agresseurs en prenant ce chemin. Je dors dehors. J'ai l'esprit fermé. Je me sens comme une ordure, que personne ne regarde. Je n'ai pas de projet. »*

Samba ne veut pas devenir délinquant mais s'imagine que les autres le voient comme tel.

Samba évoque au cours de plusieurs séances les symptômes qui l'envahissent : les insomnies, l'anxiété liée à l'incertitude, ses ruminations, son impossibilité à se projeter dans le futur et la douleur qui est associée au fait d'être réduit à ce présent précaire, sans dégagements possibles. Un travail sur les atteintes narcissiques qui se sont opérées ici, en France, commence. Il sollicite le cadre thérapeutique pour adresser sa souffrance et s'envisager autrement, restaurer une idée

de lui qui lui permette de retrouver une continuité d'être.

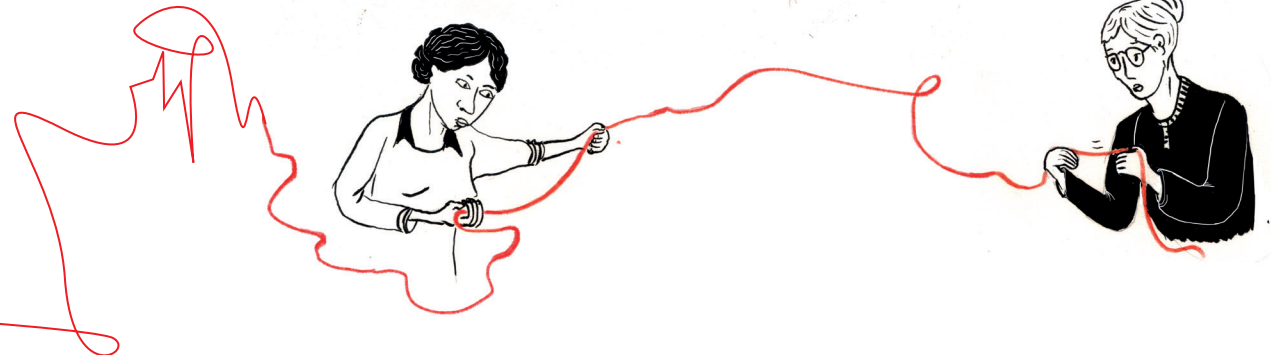
Tout au long de sa procédure, il alternera entre capacité à se mobiliser et des moments de désinvestissement qui le mettront en proie à une grande tristesse, doutant de sa valeur à ses yeux et à ceux des autres, de la valeur de sa vie. Il évoquera régulièrement des idées noires.

Nous travaillons beaucoup sur sa relation à ses pairs et l'étayage qu'ils proposent, ainsi que sur ses figures parentales, objets internes suffisamment bons pour assurer une assise narcissique qui résiste aux variations du contexte.

Au cours de la thérapie, le juge des enfants prononce une ordonnance de placement provisoire. Samba est pris en charge par l'ASE et transféré dans un autre département. Il suit une formation professionnelle. Désormais, il a une carte de séjour, un travail, des amis. La symptomatologie évoquée plus haut a progressivement disparu.

Mélanie Kerloc'h,
psychologue à MSF

*Le prénom a été modifié



Facteurs de risques liés à la précarité des conditions de vie

Lors des consultations psychologiques, les MNA expriment l'ampleur de la souffrance induite par leur situation de vie. La précarité de ces jeunes est multifactorielle et touche toutes les sphères de leur existence.

Le discrédit de la parole et la remise en cause du récit

Lors de l'entretien d'évaluation pour faire reconnaître leur minorité par l'autorité chargée de la protection de l'enfance – le conseil départemental –, les jeunes sont questionnés sur leur état civil, la composition de leur cellule familiale, leurs conditions de vie dans leurs pays d'origine et les motifs de leur départ. Ils sont également questionnés sur leur parcours migratoire et leurs conditions de vie depuis leur arrivée en France. Cependant, la suspicion généralisée à l'égard des étrangers en France n'épargne pas les MNA¹¹. Les entretiens sont souvent menés à charge et dans des conditions défavorables aux jeunes (mise en doute du récit, contestation des éléments constitutifs de leur état civil, absence d'interprète, temps d'échange extrêmement court...). **Prouver sa minorité et son isolement pour être protégé relève souvent d'un combat pour démontrer sa bonne foi.**

Il est difficile pour les jeunes de mettre des mots sur leur parcours de vie. Pour certains, c'est la première fois qu'on leur demande de se livrer. Or exposer ses sentiments et son vécu n'est pas universel, particulièrement pour un adolescent face à un adulte.

Pour les jeunes atteints de troubles psychiques, le récit de soi et des événements constitue une épreuve parfois insurmontable (amnésies traumatiques, peur de l'effondrement, temporalité altérée...).

Lorsque la décision rendue par la Dases (Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé) est défavorable, ce sont les récits de vie des jeunes dans leur ensemble qui sont remis en question. Or ces récits racontent les obstacles, l'adversité et les violences subies par les jeunes. Remettre en cause la véracité de ces expériences constitue une douloureuse atteinte narcissique.

L'ÂGE BIOLOGIQUE, UN ÉLÉMENT IMPOSSIBLE À DÉTERMINER

Il n'existe aucun outil scientifique permettant de déterminer l'âge objectif d'une personne.


Le seul recours aux examens radiologiques d'âge osseux ne permet pas de prouver scientifiquement qu'une personne a atteint la majorité civile (18 ans) puisqu'il existe une marge d'erreur de deux ans lorsqu'ils sont pratiqués sur un adolescent, du fait de la variabilité individuelle.

La pertinence de leur usage pour statuer sur la minorité des MNA qui sont dans leur grande majorité des adolescents âgés de 15 à 17 ans est par conséquent discutable. De plus, ces expertises osseuses sont menées en fonction d'une grille de référence inadaptée puisqu'elle est basée sur une comparaison des radiographies des jeunes avec des référentiels établis dans les années 1930 auprès de jeunes Caucasiens aux États-Unis.

Face à ces insuffisances, le législateur a encadré l'usage des tests osseux en précisant que les conclusions de ces examens « *ne peuvent à elles seules permettre de déterminer si l'intéressé est mineur* » (article 388 du Code civil). Il a également rappelé que le doute doit profiter aux jeunes.

Toutefois, dans la pratique, les tests osseux interviennent avant les documents d'identité des jeunes. Il est également fréquent que la marge d'erreur ne soit pas indiquée sur les résultats. Enfin, le caractère scientifique apparent de ces tests confère à leurs résultats une importance prépondérante dans la décision rendue par le juge des enfants. Malgré leur très faible fiabilité, ils sont utilisés pour justifier le refus de placer les jeunes sous la protection de l'Aide sociale à l'enfance.

11. Lire à cet effet la dernière publication des États Généraux des Migrations : *En finir avec les idées fausses sur les migrations* (Les Éditions de l'Atelier, 2021, p. 83-87)



« Une logique de suspicion irrigue l'ensemble du droit français applicable aux étrangers, arrivés récemment comme présents durablement, et va jusqu'à "contaminer" des droits aussi fondamentaux que ceux de la protection de l'enfance ou de la santé. »

Jacques Toubon, Défenseur des Droits, « Les droits fondamentaux des étrangers en France », mai 2016

La complexité du parcours en reconnaissance de minorité

La procédure en reconnaissance de minorité alimente la détresse des jeunes. En effet, ils ne maîtrisent pas le système juridique et administratif français. Ils essaient de répondre à des attentes qu'ils ne comprennent pas.

Les délais judiciaires créent chez ces jeunes un fort sentiment d'angoisse et d'impuissance, qui devient insupportable face à l'incertitude du résultat. **Les jeunes étant mineurs, le temps qui passe sonne comme un compte à rebours intolérable, une perte de chance d'être pris en charge.**

La procédure engendre chez ces jeunes à la fois un grand espoir d'enfin trouver une place en France mais aussi une peur de rester sans statut administratif, condamnés à une vie de sans-papiers ou à une expulsion, qui rendraient vaines toutes les difficultés vécues sur la route de l'exil et depuis l'arrivée en France.



ÉTAPES DE LA PROCÉDURE EN RECONNAISSANCE DE MINORITÉ

- 1 Evaluation par le conseil départemental
- 2 Recours devant le juge des enfants
 - La rédaction de la saisine
 - La désignation d'un avocat et la mise en contact
 - 1 à 3 audiences devant le juge des enfants
- 3 Possibilité d'appel devant la cour d'appel

La vie à la rue

55% des jeunes vivent dans la rue lorsqu'ils débutent le suivi auprès des psychologues. Or ce ne sont pas des enfants des rues : seuls 5% d'entre eux l'étaient dans leur pays d'origine. N'ayant jamais vécu auparavant dans l'espace public, les jeunes sans hébergement doivent mobiliser d'importantes ressources psychiques pour mettre en place des systèmes de survie jusqu'alors méconnus. Ils entrent dans une logique de survie qui « colonise » leur être et modifie leur rapport à eux-mêmes. Leur vie psychique est monopolisée par la quête quotidienne d'un endroit où dormir, manger, se laver... Du fait de leur jeune âge, ils sont particulièrement vulnérables aux agressions et affectés par la pression policière, conséquence de la politique d'évitement des points de fixation menée par l'État à l'égard des campements d'exilés.

L'instabilité de l'hébergement provisoire

30 % des jeunes ont un hébergement instable au début de leur suivi (changements réguliers de lieu d'hébergement avec retour à la rue possible).

Parmi ces solutions d'hébergement instables, des individus ou des collectifs de citoyens se mobilisent pour offrir un peu de répit aux MNA. Ils les hébergent et les nourrissent, parfois une nuit, parfois un mois, parfois un an. Si l'action des citoyens répond à une urgence, cette substitution à la protection de l'enfance présente des limites. L'hébergement solidaire est discontinu puisqu'il dépend des capacités individuelles d'accueil de chacun. Il génère de l'incertitude chez les jeunes. L'absence de tiers pour réguler la relation entre les accueillants et les jeunes hébergés place ces derniers dans une position de dépendance absolue. En se dédouanant de ses engagements relatifs à la protection de l'enfance, l'État français rend les MNA dépendants des réseaux solidaires.

L'absence totale de ressources financières

45 % des jeunes suivis déclarent connaître des difficultés pour accéder à de la nourriture – seuls 6 % connaissaient ces difficultés dans le pays d'origine.

Les MNA non reconnus mineurs et non pris en charge par l'ASE ne bénéficient d'aucun dispositif d'aide financière. Ils sont totalement dépendants des activités de charité (distributions alimentaires, dons de vêtements et de matériel de camping, permanences juridiques associatives...).

Les difficultés d'accès à l'apprentissage

Chez les MNA, la maîtrise du français est très hétérogène. Or du degré de maîtrise de la langue dépend le degré de compréhension de l'environnement. Les jeunes qui maîtrisent le français se sentent plus en sécurité car ils se repèrent plus facilement dans l'espace. L'accès aux cours de français contribue à atténuer l'anxiété induite par le nouvel environnement.

Les jeunes suivis font preuve d'une forte volonté d'accéder à la scolarité. Une grande majorité d'entre eux idéalisent le système éducatif français et rêvent de se former. Ils partagent régulièrement leur inquiétude quant aux conséquences de l'absence de formation sur leur insertion dans la société française. Nombre d'entre eux ne parviennent pas à être inclus dans un cursus scolaire et ne bénéficient d'aucune formation le temps de la procédure en reconnaissance de minorité.

La solitude

L'absence des proches crée un sentiment de solitude abyssal chez les MNA. Cet isolement intervient à un moment où les jeunes sont encore censés bénéficier de l'étayage parental. Par ailleurs, ces jeunes possèdent une grande capacité à créer des liens. Malheureusement, elle est souvent mise à mal par la discontinuité des parcours de vie en France. **Ces ruptures font écho à des ruptures antérieures à l'exil et risquent d'aggraver la souffrance psychique des jeunes.**

III. LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE

Les obstacles à une prise en charge psychologique ou psychiatrique sont nombreux pour les MNA en recours. Ils limitent leur possibilité d'accès aux soins en santé mentale, entravent les prises en charge et accentuent leur vulnérabilité.

L'isolement

Les MNA en recours sont isolés sur le territoire et ne disposent pas de représentant légal. Aucune figure d'autorité n'accompagne les jeunes lors de leurs rendez-vous. **Or l'absence de représentant légal est souvent évoquée par les soignants comme un motif de refus de prise en charge des MNA**, puisqu'il devient impossible de répondre à l'obligation de recueil du consentement des représentants légaux du jeune pour les soins. Cela les prive aussi d'un interlocuteur tiers, chargé de la protection de l'adolescent, dont l'implication est importante pour la relation de soin.

L'absence de représentant légal rend également impossible l'hospitalisation d'un mineur en service psychiatrique (sauf si un placement provisoire est ordonné par le juge des enfants ou le procureur de la République). Face à l'urgence, certaines structures font le choix d'hospitaliser les MNA avec une date de naissance fictive ou inconnue. Si cette pratique permet la prise en charge hospitalière des jeunes à un moment où celle-ci est indispensable, elle engendre par la suite des difficultés administratives et juridiques puisqu'elle crée des incohérences entre les différents documents versés au dossier présenté au juge des enfants pour faire reconnaître la minorité du MNA.

La précarité

Les MNA en recours sont dans leur grande majorité des sans domicile fixe (SDF).

Les services de soins, notamment les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents (CMPEA), devraient prendre en charge les MNA, même SDF, mais certains services innoquent la sectorisation pour ne pas le faire.

Il est certain que la précarité sociale et administrative ainsi que l'isolement dans lesquels se trouvent les MNA rendent la prise en charge difficile pour les soignants, qui se sentent démunis pour répondre à leurs multiples problématiques. En effet, ces jeunes sont seuls, sans parents, sans référent éducatif, sans hébergement, sans ressources, sans scolarité. Toutes ces spécificités envahissent le champ du soin. **Les soignants peuvent avoir le sentiment d'être mis en position de témoins impuissants de cette grande exclusion.**

De plus, certains soignants peuvent considérer que, dans la mesure où la souffrance psychique est causée par des problèmes sociaux, le traitement de cette souffrance n'est pas du ressort du soin. Pourtant, même si les troubles psychiques sont réactionnels à une souffrance d'origine sociale, il est nécessaire que les soignants puissent les prendre en charge.

La langue dans la relation de soin

Le recours hétérogène à l'interprétariat professionnel dans les structures de soins constitue un véritable frein à l'orientation des jeunes. Le non-recours à l'interprétariat empêche les soignants d'exercer pleinement leur métier et les patients de comprendre et de se faire comprendre. L'interprétariat professionnel et la médiation en santé ont pourtant été inscrits dans la loi pour garantir un accès autonome aux droits, à la prévention et aux soins¹².

Délais d'attente et saturation des services de soins en santé mentale

L'urgence psychiatrique est traitée dans des délais adaptés aux besoins des jeunes. Cependant, l'accès au suivi pédopsychiatrique et à la psychothérapie peuvent demander des semaines ou des mois d'attente. Ceci n'est pas adapté à l'âge des patients. En effet, les adolescents évoluent vite et traiter les troubles rapidement permet de ne pas les laisser se rigidifier ou s'enkyster.

12. Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.

Lorsqu'ils sont malades, les MNA se rendent dans les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass). Elles ont pour mission première de faciliter l'accès des personnes précaires au système de santé. Cependant, elles ne sont pas toujours en capacité d'identifier les besoins de prise en charge en santé mentale car elles manquent cruellement de psychiatres et de psychologues. Elles sont confrontées au manque de structures de soins dans lesquels orienter les patients afin qu'ils accèdent à des soins effectifs et pérennes.

Les longs délais d'attente pour accéder à une prise en charge en santé mentale ne sont pas adaptés aux types de problématiques des jeunes concernés car leur précarité est massive. Isolés, ils ne disposent pas d'étayage suffisant, en mesure de compenser provisoirement l'absence de prise en charge.

L'absence de protection sociale

La difficulté d'accéder à une protection sociale constitue un autre obstacle à l'accès aux structures de santé et aux traitements.

En tant que mineurs, les MNA devraient avoir accès à l'assurance maladie avec la complémentaire santé solidaire (C2S). Pour autant, en pratique, les MNA en recours sont considérés comme des majeurs en situation irrégulière et n'ont accès qu'à l'Aide médicale d'État (AME)¹³. Cette prestation sociale est attribuée sous condition de résidence. Pour les publics sans domicile, il est alors nécessaire d'obtenir au préalable une domiciliation administrative auprès d'un organisme domiciliataire ou d'un centre communal d'action sociale (CCAS). Cependant, les places de domiciliation manquent, notamment en Île-de-France¹⁴. Ce manque est accentué par le refus de la part de certains organismes domiciliataires d'inscrire les mineurs.

Ces démarches sont difficiles pour un public parfois non francophone et qui ne maîtrise pas le système administratif français. Pour répondre à ces difficultés, les assistantes sociales présentes dans les structures de santé sont chargées d'ouvrir les droits à l'AME et, le cas échéant, à la domiciliation. Cependant, elles ne disposent pas toujours des moyens suffisants pour le faire. Le manque de

temps, la méconnaissance des particularités du public MNA (absence de représentation légale) et des lieux de domiciliation ouverts aux mineurs rendent difficile l'ouverture de ces droits.

Lorsqu'une domiciliation administrative a néanmoins pu être obtenue, ce sont les délais et les conditions de traitement des demandes d'AME par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui constituent un nouvel obstacle. Il n'est pas rare que s'écoulent plusieurs mois entre l'envoi d'une demande et l'ouverture effective des droits. Ces longs mois d'attente s'expliquent par des dysfonctionnements dans la prise en charge des dossiers AME. En effet, il arrive que les CPAM réclament des pièces justificatives complémentaires pourtant non prévues par la loi¹⁵.

Il est difficile de trouver des lieux de soins qui acceptent de soigner des patients dépourvus d'assurance maladie. La question du financement de ces activités est un sujet très important qui n'est pas traité de manière uniforme. Chaque lieu de soin en décide en fonction de ses capacités mais aussi de ses orientations.

La méconnaissance des MNA par les soignants

La méconnaissance par les soignants du public des MNA et de ses spécificités constitue un frein majeur pour l'accès et la réussite des soins.

Premièrement, les professionnels sont peu formés aux réalités dans lesquelles ces patients vivent ou ont vécu. Une large majorité des jeunes reçus au centre de Pantin n'ont pas emprunté une route sûre et légale pour venir en France. Celle-ci les a exposés à des violences graves dans des territoires dans lesquels aucune protection des autorités n'est effective. Les réalités socio-politiques des pays d'origine et de transit, les pertes, les deuils, mais aussi la situation en France, l'exclusion, l'isolement, le déracinement sont autant d'éléments essentiels dont le soignant doit avoir une représentation pour engager un processus de soin.

13. L'AME est dédiée aux étrangers en situation irrégulière. Or la loi n'impose pas aux mineurs de détenir un titre de séjour. Ils ne devraient donc pas être affiliés à ce régime. Ils devraient bénéficier de l'assurance maladie avec la complémentaire santé solidaire (C2S). L'impossibilité pour les MNA d'y accéder illustre les nombreuses tentatives de l'État d'assimiler ces jeunes à des étrangers en situation irrégulière, qui deviennent alors potentiellement expulsables.

14. « Il existe un déficit important de l'offre de domiciliation en Île-de-France au regard du décalage entre d'une part le nombre de personnes en situation d'insécurité au regard du logement estimé à 1 200 000 personnes en Île-de-France et d'autre part le nombre de domiciliations évalué à 131 000 personnes. » Synthèse de la journée francilienne de la domiciliation, organisée par l'association départementale des Gens du voyage de l'Essonne, le collectif Romeurope, DomAsile, la Fédération des acteurs de la solidarité, la Fondation Abbé Pierre, la Ligue des droits de l'homme, Médecins du Monde et le Secours catholique-Caritas France, octobre 2018.

15. Le pôle social du centre d'accueil de jour de MSF qui prépare les dossiers de demandes d'AME reçoit régulièrement de la part des CPAM une fin de non-recevoir au motif qu'il n'a été fourni aucun justificatif attestant d'une présence en France depuis plus de trois mois. Or la loi prévoit que les mineurs sont exemptés de cette obligation de résidence de plus de trois mois, contrairement aux adultes.

En deuxième lieu, il peut être difficile de poser un diagnostic si on ne tient pas compte des différences culturelles dans l'expression de la souffrance. La culture, mais aussi la classe et le genre ont des implications sur les modalités d'expression de la souffrance psychique. En effet, ces différences entre les soignants et les patients doivent être mise au travail dans le cadre de la rencontre thérapeutique et au sein de l'équipe.

Troisièmement, le vide juridique dans lequel sont placés les MNA en recours, considérés « ni mineurs ni majeurs », laisse libre cours à l'interprétation des soignants. La véracité de l'âge déclaré par les jeunes occupe régulièrement une place plus importante qu'elle ne le devrait. La remise en cause de l'âge du patient sape la confiance entre le patient et le soignant. Elle lie de façon disproportionnée le soin au statut administratif.

Les notes d'instruction émanant du ministère des Solidarités et de la Santé et de l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France rappellent qu'en cas d'absence de documents d'identité c'est l'âge déclaré par la personne qui se présente comme mineure qui doit être pris en compte¹⁶. Cependant, les directives ministérielles ne répondent que partiellement à la problématique.

Elles apportent une réponse aux besoins administratifs (enregistrement du dossier du patient et identitovigilance) qui reste insuffisante pour les besoins médicaux. Dans la pratique, elles demeurent peu connues et ne suffisent pas à éliminer l'incertitude relative à l'âge des MNA en recours. La méconnaissance de ces instructions laisse une trop grande marge d'interprétation aux personnels soignants et aux travailleurs sociaux. Ceci mène à une prise en charge disparate – et à un accès aux soins inégalitaire – puisqu'elle dépend des pratiques de chaque structure de santé, voire des services au sein d'une même structure. Enfin, elles ne font pas référence aux soins en santé mentale et n'apportent par conséquent pas de réponse spécifique.

Dans le cadre de la formation initiale ou continue, il est nécessaire de former l'ensemble des personnels soignants à la prise en charge des MNA et des jeunes exilés.

La méconnaissance du système de soins par les MNA

Les MNA ne connaissent pas le système de soins français et sont peu sensibilisés à la santé mentale telle qu'elle est entendue en France. Qu'est-ce qu'une psychologue ?¹⁷ Un ou une psychiatre ? Comment parle-t-on de souffrance psychique, de trouble psychique ? À qui l'adresse-t-on ? Comment cela se soigne-t-il ?

Cela entraîne pour eux des difficultés à formuler des demandes d'aide spécifiques et adéquates, et ce d'autant plus qu'ils ne sont pas accompagnés par leurs parents. Néanmoins, la rencontre avec des professionnels de la santé mentale permet d'ouvrir la possibilité de parler de soi et d'évoquer des plaintes et des difficultés liées à la vie psychique.

Le manque de structures de soins pluridisciplinaires adaptées pour les 12-25 ans

L'âge de 18 ans constitue une frontière légale et symbolique importante en France, puisque la majorité ouvre à de nouveaux droits et devoirs, en permettant notamment de se soigner sans l'accord d'un représentant légal. Cependant, sur le plan de la santé physique comme psychique, cet âge ne correspond pas forcément à un changement majeur qui interviendrait au lendemain du passage à la majorité.

Il existe en France des maisons des adolescents qui proposent une prise en charge pluridisciplinaire au public 12-25 ans. Ces centres sont peu nombreux, souvent sous-dotés en matière de professionnels et peu informés des problématiques spécifiques des MNA (allophonie, hébergement instable ou inexistant, prévalence des troubles psychiques réactionnels). Pourtant, l'intégration des MNA dans ces structures permet une continuité des prises en charge au-delà des 18 ans, notamment pour les jeunes souffrant de troubles nécessitant des soins au long cours (syndromes psychotraumatiques et troubles dépressifs notamment). Cette intégration favorise aussi **une meilleure insertion des MNA dans des parcours de soins du droit commun**, parmi les jeunes de leur âge.

16. Voir ministère des Solidarités et de la Santé, instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants, juin 2018 et ARS Île-de-France, note d'instruction de l'agence régionale de santé d'Île-de-France en direction des offreurs de soins concernant la prise en charge des mineurs non accompagnés étrangers, juillet 2019.

17. Le choix de féminiser ici la profession s'explique par le fait que les psychologues qui exercent au centre d'accueil de jour de MSF sont exclusivement des femmes.

IV. PRINCIPES ESSENTIELS POUR LE SOIN PSYCHIQUE DES MNA

Les besoins en santé mentale des adolescents exilés prennent racine dans les événements vécus à la fois dans le pays d'origine, sur la route de l'exil et en France. Les difficultés auxquelles ils se confrontent en France sont multiples. Elles fragilisent l'équilibre psychique des jeunes puisqu'elles accentuent des troubles préexistants, tout en en créant parfois de nouveaux. Le travail mené depuis 2017 au sein du centre d'accueil de jour de MSF situé à Pantin démontre que la réponse en santé mentale est efficace si elle intervient dans le cadre d'une prise en charge globale sensible à la transculturalité. Répondre à l'ensemble des besoins de ces jeunes est indispensable à leur équilibre psychologique.

1. Traiter la dimension psychique au même titre que les autres dimensions de l'être, une approche pluridisciplinaire

Les psychologues de MSF et du Comede ont constaté que la dimension psychique doit être traitée au même niveau que les autres dimensions de l'être. **Quelle que soit leur origine, les troubles psychiques doivent être soignés dans une approche globale.** Soigner les troubles psychiques des personnes précaires ne revient pas à psychiatriser les problèmes sociaux. Il s'agit de repérer les conditions de production de la souffrance, si possible de les faire cesser,

tout en apportant une réponse aux besoins psychologiques qu'elle engendre. Le travail en équipe pluridisciplinaire permet d'atténuer les conséquences de la précarité et de l'isolement des jeunes et de préserver l'espace de la psychothérapie. En effet, lorsque les besoins sociaux sont trop importants et urgents, ils envahissent la consultation psychologique et mobilisent tout le travail psychique. **La prise en charge globale permet aux différents professionnels de ne pas voir leur champ d'intervention envahi par des problématiques auxquelles ils ne sont pas en capacité de répondre.**

La prise en charge pluridisciplinaire crée un maillage autour des jeunes. Les échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire facilitent la compréhension de leurs besoins et la coordination d'une réponse globale et adaptée.

Elle peut prévenir également les risques de débordement et de surinvestissement, sources de fatigue professionnelle. En effet, la clinique auprès des MNA implique d'entendre dans le cadre des consultations des récits de violence et d'injustice dans le pays d'origine, sur les parcours d'exil. Cette clinique confronte aussi les soignants à l'exclusion en France des jeunes étrangers isolés. Ils peuvent se sentir impuissants à les aider et les protéger tout en s'identifiant paradoxalement à la société qui les rejette. **Il est donc essentiel de tenir compte des conséquences du travail auprès des MNA sur la santé mentale des professionnels. Des espaces de régulation (réunions de synthèse, interventions, réunions institutionnelles) et de supervision ou d'analyse des pratiques par des tiers doivent être proposés aux équipes. Faire circuler la parole, autoriser l'expression des émotions et des difficultés professionnelles permet d'atténuer les effets délétères de cette clinique sur la santé psychique, mais aussi de favoriser la créativité et les capacités d'élaboration dans le travail en commun.**

2. La transculturalité dans la relation de soin

En plus de s'accompagner d'un étayage pluridisciplinaire solide, le suivi psychothérapeutique doit être sensible à la dimension socio-culturelle.

Chaque culture dispose de ses propres modalités de communication verbale et non verbale, de sa propre perception du temps et de l'espace, d'expressions particulières de la souffrance psychique. **La culture doit être entendue dans son acception anthropologique et dans sa dimension sociale (dont les rapports sociaux de domination)**. Les soignants doivent être en mesure d'en percevoir l'impact sur la relation qu'ils construisent avec leur patient. La formation à la clinique de l'exil permet aux psychologues de MSF et du Comede qui exercent au centre d'accueil de jour de comprendre et de prendre en compte la réalité de leurs patients. Elle prend en considération la dimension culturelle à l'heure d'établir un diagnostic. La présence d'interprètes et de médiateurs culturels facilite la compréhension entre le patient et le soignant et atténue les risques de généralisation et de stéréotypisation des comportements.

La nécessité d'être à l'écoute des différences culturelles et sociales dans l'expression de la souffrance psychique, les étiologies de la maladie et le récit ne doivent pas conduire à penser qu'il faudrait être un expert de « la culture de l'autre » pour soigner. Il s'agit pour chaque professionnel d'être conscient des limites de sa connaissance et de l'impact sur le soin de sa vision ethnocentrée. Faire preuve de curiosité, mais aussi questionner sa position de pouvoir constituent des principes importants qui s'appliquent aussi à la pratique clinique avec les MNA.

L'attention portée aux différences culturelles et sociales a permis d'identifier **le besoin d'information et de sensibilisation des jeunes à la santé mentale en France**. Des activités d'« aller-vers », telles que des maraudes ou des ateliers collectifs de prévention, ont rapidement été mises en place à l'ouverture du centre d'accueil de jour. Elles permettent aujourd'hui d'informer les jeunes nouvellement inclus sur le fonctionnement du centre et les appuis qu'ils peuvent y trouver, mais aussi de les sensibiliser à la santé mentale et aux soins. Ces activités servent également à détecter et à orienter ceux qui ne savent pas vers qui se tourner pour demander de l'aide et ont tendance à rester seuls face à leur souffrance psychique.

3. L'exemple du centre d'accueil de jour de MSF

Au centre d'accueil de jour de MSF, la pluridisciplinarité et la transculturalité se traduisent par une équipe regroupant cinq pôles de compétences. L'ensemble des pôles reçoit les jeunes de façon individuelle et mène des actions collectives de sensibilisation afin d'améliorer la compréhension des systèmes juridique, administratif et de santé français.

Le pôle social

Les assistantes sociales¹⁸ sont chargées d'accompagner les jeunes dans leurs démarches sociales et administratives. Elles assurent l'obtention d'une domiciliation administrative et l'ouverture des droits à l'AME. Elles orientent également les jeunes vers les lieux de distribution alimentaire, de mise à l'abri provisoire, les bains publics... Elles font le lien avec les services sociaux des hôpitaux et des centres de santé. Elles apportent une réponse à leurs besoins essentiels bien que celle-ci soit limitée par les moyens mis à disposition par l'État. En effet, nombre de jeunes suivis par MSF dorment dans la rue faute de centres d'hébergement d'urgence dédiés aux MNA en recours. Leur présence au sein de l'équipe permet de répondre en partie à la détresse qu'engendrent chez les jeunes la précarité et l'isolement.

Elles s'attachent également à mettre en lien les jeunes avec des associations qui travaillent sur l'accès à la scolarité. L'apprentissage est souvent pour les jeunes une source d'espoir puisqu'il leur ouvre des perspectives pour l'avenir.

Le pôle infirmier

Les infirmières diplômées d'État reçoivent les jeunes pour une première consultation afin d'identifier leurs besoins de soins somatiques. Elles coordonnent leurs parcours de soins et les orientent vers les structures de droit commun pour la réalisation de bilans de santé, de tests de dépistage, de rattrapages vaccinaux et d'examen approfondis. La consultation infirmière facilite également la détection des troubles psychiques et peut donner lieu à une orientation en interne vers les psychologues. Le pôle infirmier prend également le relais quant à l'administration des traitements médicamenteux lorsque c'est nécessaire.

Le pôle juridique

Les juristes informent les jeunes sur leurs droits, les accompagnent dans toute leur procédure auprès du juge des enfants, notamment la reconstitution de leur état civil, et les orientent vers des partenaires s'ils souhaitent engager une demande d'asile.

L'obtention d'une protection est très souvent l'objectif premier de ces jeunes qui redoutent la clandestinité ou l'expulsion lorsqu'ils arrivent au centre d'accueil de jour. Le faible degré de connaissance et de compréhension de cette procédure et du système juridique français alimente l'angoisse des MNA. La présence de juristes au centre d'accueil de jour permet de répondre aux interrogations des jeunes mais aussi des équipes sur l'avancée des procédures en cours.

Le pôle accueil et médiation culturelle

Ce pôle assure l'accueil et l'interprétariat. Il est essentiel à plusieurs titres. La présence des médiateurs culturels dès l'accueil facilite la prise en charge des jeunes. Elle signifie aux jeunes que plusieurs langues ont droit de cité dans ce lieu. Elle permet aux patients et aux soignants de s'exprimer et de se comprendre. Elle facilite ainsi la création de liens entre des personnes qui ne parlent pas la même langue et viennent d'univers différents. Les médiateurs-interprètes assurent la passerelle entre les usagers et les soignants, et participent ainsi de l'accès aux soins. Leur travail contribue à limiter les inégalités de santé. Ils fournissent des clés de compréhension culturelle mutuelles entre l'équipe du centre d'accueil de jour et les jeunes.

Le pôle santé mentale

Les psychologues reçoivent les jeunes qui en font la demande ou sont orientés par une professionnelle du centre. Les jeunes sont reçus dans leur langue natale s'ils le souhaitent, avec l'aide d'un interprète professionnel, de préférence en présentiel. La psychologue s'assure que la prise en charge pluridisciplinaire est bien mise en place et que les jeunes connaissent le rôle de chacune dans l'équipe. Les jeunes sont reçus entre une et trois séances afin de déterminer si un suivi psychologique doit leur être proposé. Le suivi psychologique, le plus souvent individuel, est un dispositif dont les jeunes se saisissent et qu'ils investissent.

Les jeunes peuvent déposer lors des consultations la manière dont la réalité extérieure les affecte et mettre au travail leurs conflits psychiques singuliers.

Si la souffrance psychique est trop intense ou trop invalidante, la psychologue oriente les jeunes vers un médecin psychiatre et une équipe de soin extérieure au centre. Le pôle santé mentale et ce service assurent une prise en charge conjointe pendant le temps nécessaire.

La pluridisciplinarité

Les difficultés auxquelles les MNA sont confrontés en France touchent à tous les domaines de leur existence. L'impossibilité de la famille à y répondre, du fait de son absence et de son éloignement, rend indispensable l'accompagnement pluridisciplinaire. La collaboration entre les cinq pôles de compétences présents au centre d'accueil de jour de MSF tente d'offrir une réponse globale aux besoins multiples des MNA. Elle crée les conditions favorables à la mise en place d'un suivi psychologique. Toutefois, **elle ne suffit pas à lever l'ensemble des obstacles qui se dressent sur leur parcours de soins. La problématique posée par l'absence de protection, et par conséquent de représentation légale, reste irrésolue.**

V. CONCLUSION

Les psychologues de MSF et du Comede font état des difficultés particulières des MNA. Elles rappellent qu'il ne faut pas pour autant minimiser leur capacité à (re)mobiliser des ressources internes et externes.

Les contextes dans lesquels ils sont nés et ont grandi, les parcours migratoires qu'ils ont empruntés mais aussi les conditions de vie auxquelles ils sont confrontés en France sont autant d'épreuves qui mettent à mal leur santé mentale. Les problématiques psychiques qui les animent et les troubles qu'ils développent impliquent la nécessité de les prendre en charge.

Il est difficile pour les MNA en recours d'accéder au système de droit commun de santé mentale. Le travail d'accompagnement des associations ne suffit pas à lever les obstacles à l'accès aux soins. Or MSF et le Comede n'ont pas vocation à se substituer à l'État. Les deux organisations appellent par conséquent les acteurs du soin à se saisir de la question de la prise en charge psychologique et psychiatrique des jeunes. Elles interpellent les autorités sur cet enjeu de santé publique.

Les deux organisations incitent également les acteurs politiques et institutionnels à modifier les conditions d'accueil des MNA dans l'objectif de mettre fin à la maltraitance institutionnelle dont ils sont l'objet. Si l'État français ne peut résoudre à lui seul les difficultés auxquelles sont confrontés les MNA dans leurs pays d'origine et sur la route de l'exil, celles qui se présentent sur le territoire français relèvent de sa responsabilité. La suppression des facteurs à l'origine des troubles réactionnels est un objectif atteignable par toute politique volontariste.

Seule une telle approche permettra à cette jeunesse à haut potentiel de se réaliser et de s'inscrire dans la société française.

VI. RECOMMANDATIONS

MSF et le Comede plaident en faveur du renforcement des capacités d'accueil des MNA au sein du dispositif de droit commun.

- Créer des lieux de soins dédiés à la jeunesse (12-25 ans), non sectorisés, dont l'accès n'est pas conditionné au statut administratif ou au lieu de résidence, et pensés autour d'une prise en charge pluridisciplinaire.
- Permettre l'accès à la psychothérapie au sein des services de santé de droit commun, tels que les centres médico-psychologiques et les maisons des adolescents.
- Intégrer les MNA dans le régime général de la Sécurité sociale et leur donner accès à la complémentaire santé solidaire (C2S).
- Inclure les MNA dans un futur dispositif de prise en charge par la Sécurité sociale des consultations psychologiques afin de favoriser l'accès à la psychothérapie.
- Rendre accessibles aux étrangers en général et aux MNA en particulier les centres de référence en psychotraumatologie.
- Renforcer les capacités générales de prise en charge de la psychiatrie publique et améliorer l'accueil des MNA.

MSF et le Comede encouragent les autorités publiques à améliorer les capacités d'identification et de détection des troubles psychiques des MNA.

- Organiser un bilan de santé complet indépendant des instances d'évaluation de la minorité.
- Développer les activités de prévention et d'« aller-vers » en santé mentale à destination des MNA et plus généralement des jeunes exilés (12-25 ans).
- Systématiser la présence de psychologues dans les lieux de vie et d'hébergement des MNA.
- Intégrer dans les dispositifs de formation initiale et continue des enseignements sur la clinique de l'exil.
- Prévoir des temps de supervision pour les équipes chargées des MNA pour préserver la santé mentale des personnels et favoriser le travail collectif.

MSF et le Comede recommandent l'usage systématique de l'interprétariat professionnel dans la relation de soins dès lors que le patient le souhaite.

- Doter les structures de santé et de prévention d'un budget dédié au recours à l'interprétariat professionnel et proportionné de façon adéquate.
- Soutenir les structures de santé dans la mise en place effective de l'interprétariat.
- Former d'une part les interprètes à la santé mentale et à la pratique clinique, et, d'autre part les soignants à la pratique de l'interprétariat pour faciliter et fluidifier leur collaboration.

MSF et le Comede défendent la nécessité d'abolir les conditions de production de la souffrance psychologique des MNA.

- Garantir l'accès à un hébergement, à la nourriture, à l'hygiène et à un suivi médical, psychologique, social et juridique.
- Doter les dispositifs d'hébergement dédiés aux MNA des moyens nécessaires à une prise en charge pluridisciplinaire.
- Réduire les délais d'audiencement et de notification des décisions juridiques.

MSF et le Comede rappellent la nécessité d'établir la présomption de minorité comme cadre directeur de la prise en charge des MNA. Son application jusqu'à épuisement des voies de recours permettra de garantir aux MNA l'accès aux droits fondamentaux, en particulier de lever la barrière d'accès aux soins que représente l'absence de représentation légale.

Remerciements

Réalisation

Ce rapport a été réalisé par la Mission France de Médecins Sans Frontières (MSF) et le Comede qui mènent en partenariat des interventions psychologiques auprès des mineurs non accompagnés.

Conception et rédaction

Euphrasie Kalolwa, responsable plaidoyer santé de la Mission France de MSF.
Mélanie Kerloc'h, responsable des activités en santé mentale pour le programme MNA de la Mission France de MSF.
Laure Wolmark, coordinatrice nationale santé mentale du Comede.
Sous la coordination de Corinne Torre, cheffe de la mission France de MSF et d'Arnaud Veïsse, directeur général du Comede.
Sarah Imani, design graphique.
Léa Renard, illustration.
François Meurisse, correction.

Équipe en santé mentale

Les psychologues : Muriel Bamberger, Andrea Barros Leal, Sadia Diloo, Marie Jacob, Mélanie Kerloc'h, Camille Verdon, Laure Wolmark.

Les médiatrices et médiateurs culturel-le-s : Assil Anas, Chérif Guilavogui, Rachid Kaddour, Issa Kebe, Shahnaz Ojaghi, Ali Shaker, Kalidou Timera, Moussa Traore, Negar Yahaghi, Haydar Yazbek.

Nous remercions les jeunes qui nous donnent la force et l'envie de poursuivre nos efforts tout en nous incitant à améliorer nos pratiques.

Nous remercions les équipes de la Mission France de Médecins Sans Frontières et du Comede qui œuvrent au quotidien à faire vivre le partenariat en santé mentale qui lie nos deux associations.

Nous remercions tout particulièrement l'équipe pluridisciplinaire du centre d'accueil de jour et les équipes de Passerelle qui accompagnent et soutiennent au quotidien les mineurs non accompagnés.

Nous remercions également tous les acteurs de MSF et du Comede qui ont participé à l'élaboration de ce rapport.

Nous remercions pour leur relecture : Anaïs Deprade, William Hennequin, Arielle Calmejane, Frédérique Drogoul, Gregory Keane, Laurie Bonnaud, Nadia Sebtaoui, Aleth Jaurou, Amélie Laurent, Héloïse Mahé et tous les autres.

