



HAL
open science

**La prise en charge en santé des mineurs
non-accompagnés à Montpellier en 2018-2019 à travers
l'expérience des acteurs de santé**

Mahaut Bertrand

► **To cite this version:**

Mahaut Bertrand. La prise en charge en santé des mineurs non-accompagnés à Montpellier en 2018-2019 à travers l'expérience des acteurs de santé. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02868891

HAL Id: dumas-02868891

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02868891>

Submitted on 15 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER – NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Mahaut BERTRAND

Le 12 novembre 2019

**LA PRISE EN CHARGE EN SANTE DES MINEURS NON
ACCOMPAGNES A MONTPELLIER EN 2018-2019 A TRAVERS
L'EXPERIENCE DES ACTEURS DE SANTE**

Directeur de Thèse : Dr JAUME Cyril

JURY :

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Pr NAGOT Nicolas
Dr DAVID Michel
Dr JAUME Cyril

Membre invité : Dr FAUCHERRE Vincent

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER – NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Mahaut BERTRAND

Le 12 novembre 2019

**LA PRISE EN CHARGE EN SANTE DES MINEURS NON
ACCOMPAGNES A MONTPELLIER EN 2018-2019 A TRAVERS
L'EXPERIENCE DES ACTEURS DE SANTE**

Directeur de Thèse : Dr JAUME Cyril

JURY :

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Pr NAGOT Nicolas

Dr DAVID Michel

Dr JAUME Cyril

Membre invité : Dr FAUCHERRE Vincent

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves ALRIC Robert ARNAUD Bernard ASTRUC Jacques AUSSILLOUX Charles AVEROUS Michel AYRAL Guy BAILLAT Xavier BALDET Pierre BALDY-MOULINIER Michel BALMES Jean-Louis BALMES Pierre BANSARD Nicole BAYLET René BILLIARD Michel BLARD Jean-Marie BLAYAC Jean Pierre BLOTMAN Francis BONNEL François BOUDET Charles BOURGEOIS Jean- Marie BRUEL Jean Michel BUREAU Jean-Paul BRUNEL Michel CALLIS Albert CANAUD Bernard CASTELNAU Didier CHAPTAL Paul-André CIURANA Albert-Jean CLOT Jacques D'ATHIS Françoise DEMAILLE Jacques DESCOMPS Bernard DIMEGLIO Alain	DUBOIS Jean Bernard DUMAS Robert DUMAZER Romain ECHENNE Bernard FABRE Serge FREREBEAU Philippe GALIFER René Benoît GODLEWSKI Guilhem GRASSET Daniel GROLLEAU-RAOUX Robert GUILHOU Jean- Jacques HERTAULT Jean HUMEAU Claude JAFFIOL Claude JANBON Charles JANBON François JARRY Daniel JOYEUX Henri LAFFARGUE François LALLEMANT Jean Gabriel LAMARQUE Jean- Louis LAPEYRIE Henri LESBROS Daniel LOPEZ François Michel LORIOT Jean LOUBATIERES Marie Madeleine MAGNAN DE BORNIER Bernard MARY Henri MATHIEU-DAUDE Pierre MEYNADIER Jean MICHEL François- Bernard MICHEL Henri	MION Charles MION Henri MIRO Luis NAVARRO Maurice NAVRATIL Henri OTHONIEL Jacques PAGES Michel PEGURET Claude PELISSIER Jacques POUGET Régis PUECH Paul PUJOL Henri PUJOL Rémy RABISCHONG Pierre RAMUZ Michel RIEU Daniel RIOUX Jean-Antoine ROCHFORT Henri ROSSI Michel ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre SAINT AUBERT Bernard SANCHO-GARNIER Hélène SANY Jacques SEGNARBIEUX François SENAC Jean-Paul SERRE Arlette SIMON Lucien SOLASSOL Claude THEVENET André VIDAL Jacques VISIER Jean Pierre
---	---	---

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard

BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénérologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
 JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
 JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
 JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
 KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
 LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
 LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
 LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 MERCIER Jacques - Physiologie
 MESSNER Patrick – Cardiologie
 MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
 PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
 RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
 REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
 RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
 ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
 SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
 TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
 UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
 VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{er} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
 AVIGNON Antoine-Nutrition
 AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
 BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
 BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
 BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
 BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
 DE VOS John – Cytologie et histologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie
 GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
 HAYOT Maurice - Physiologie
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénérologie
 MOREL Jacques - Rhumatologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PRUDHOMME Michel - Anatomie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYIS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Je souhaite d'abord remercier le **Président du jury et les membres du jury** de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ma recherche.

Je remercie mon **Directeur de thèse, Cyril Jaume**. Tu m'as fait confiance dans le choix et la réalisation de ce travail. Toujours réactif, tu m'as appris beaucoup, au cabinet et tout au long de cette recherche.

Dr Faucherre, je suis fière que vous ayez accepté mon invitation. Je vous remercie, vous et toute l'équipe du *DU Santé solidarité précarité* pour ce bel enseignement. Vous avez attisé ma curiosité dans bien des domaines de la santé.

Aux médecins et professionnels rencontrés :

Je remercie toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens et qui m'ont accordé un temps précieux. Votre expérience est riche et je vous suis reconnaissante de me l'avoir fait partager.

A Michèle, Patrice, Mailys et Maud, merci pour votre passion contagieuse, votre humanité et votre humour. Je suis très fière d'apprendre à vos côtés. C'est, j'espère, le début d'une belle amitié et peut-être même d'un beau projet professionnel... Qui sait ?

Merci à **toute l'équipe de Médecins du monde** de Montpellier, Damien, Stéphane, Anne-Marie, Raphaëlle, Magali, Maddie, et tous les autres... Votre engagement et vos valeurs me font croire en un bel avenir. Merci pour votre accueil chaleureux à l'association.

Un clin d'oeil à **Catherine Corbeau** pour ton enthousiasme et tes bons conseils.

Merci au **Docteur Soumaire**; quand je pense que c'est grâce à toi que je suis là, merci.

Merci à **tous les professionnels médicaux et para-médicaux** rencontrés au cours de ces longues études et qui ont partagé leurs connaissances et leurs expériences.

A ma famille :

Vous êtes ma force et ma stabilité.

Merci à vous les parents, si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous, votre soutien et votre amour.

Maman, merci pour les belles valeurs que tu nous as transmises, tu es le pilier de cette famille.

Papa, je t'imagine sourire d'un air narquois devant tout ce protocole symbolique, quelque peu suffisant et un poil patriarcal. Mais je t'imagine surtout fier et heureux aux côtés de maman. Merci pour tout ce que tu m'as offert et transmis, tu resteras à jamais un phare dans ma vie.

Marine, merci pour tes encouragements, ton soutien, ta relecture, tes corrections pertinentes. Si j'ai choisi ce sujet c'est grâce à toi ; ton engagement incroyable et ton humanité que j'admire m'aide à ouvrir les yeux sur le monde.

Jean-baptiste, merci de m'avoir si bien accueillie et fait découvrir les bons bars de Montpellier, je suis très fière d'être ta petite sœur. Merci **Laurette**, de toujours nous supporter chez toi, tu es une belle-sœur parfaite !

Hélène, trop loin et pourtant si proche. Merci pour ta folie et ton humour que j'admire tellement. Merci à toi et **Doudou** de nous avoir offert de merveilleux petits neveux et nièces, **Léo Lily-Rose** et **Aël**.

Guilhem-le-rouge, merci d'être toi, aussi unique et important à ma vie. Viens vivre à Montpellier !

A tous les Bertrand : Merci pour les chants, la Bretagne, les traderi dera, les p'tits suisses, votre humour qui tend parfois vers l'absurdité... Ce sont des sources d'énergies extrêmement précieuses. **Armelle**, merci pour tes idées et ta relecture !

A tous les Deletraz : Vous êtes un puits de ressources et d'énergie positive. Merci d'être aussi unis et géniaux.

A mes amis :

Quelle chance d'être aussi bien entourée.

Aux langrois qui « s'app'lait les Copains d'abord » : Ju, Inès, Sousou, Bin, Antho, Louis-Daniel, Clara, David... Merci pour votre soutien et votre amour malgré la distance. Merci de faire partie de ma vie.

Aux dijonnais : Sam-la-menace, Guigui, Lila, Adrien, Jeanne, Maxime, Quent', Juju, Claire, Raphaëlle, Jean-jean, Alice, Toinou, Jahoued, Anne, Aurore, Gaëlle, Renaud... Merci pour vos rires et vos folies et ces belles années partagées à vos côtés.

Aux montpelliérains : Duf-duf, Hugouch, Cassou, Manon, Sichan, Laure, Boubourre, Moqa, Simon, Amin, Mimoun', Manouch, Senam, Sarah, Phiphi, Coco, Paul, Rémi et tous les autres... Merci pour les belles découvertes, les voyages, les binouzes, les festoch', les travaux et tous les bons moments passés ensemble. Et c'est pas fini !!!!

Merci de tout coeur **aux trois Ju de ma vie : Justine, Justine et Julie** (ou boubourre). Vous êtes les femmes les plus importantes dans ma vie. Merci d'être là, merci pour tout. Je pense que notre amitié durera encore très très très longtemps...

Hé, Walker ? We did it !

A Ariane : Quelle belle rencontre ! Merci pour ta relecture et ton enthousiasme incroyablement positif.

Merci à Rachid, une belle rencontre, unique et riche. J'espère de tout coeur que tu trouveras l'équilibre et l'apaisement que tu mérites.

Merci à tous les copains de JB, vous êtes une base solide et accueillante, et surtout des bons copains de bistrot.

Merci à Marie-Christine et Philippe pour votre soutien extrêmement précieux au cours de ces dix dernières années.

Et merci à tous ceux que j'ai oubliés... Coeur et Moustache.

« Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes canards farcies » ¹

1 Citation extraite du livre *Paroles en l'air* écrit par Ariane Mayer –

Sommaire

Liste du corps enseignant.....	1
Remerciements.....	8
Introduction.....	13
1 Contexte.....	15
1.1 Qui sont les mineurs non accompagnés ?.....	15
1.1.1 Définition.....	15
1.1.2. Chiffres.....	15
1.1.3. Pays d'origine.....	17
1.1.4. Raison de départ : Typologie d'A. Etiemble.....	18
1.1.5. Besoins en santé spécifiques.....	19
1.2. Le cadre légal.....	21
1.2.1. La protection de l'enfance : « Enfant avant d'être migrant ».....	21
1.2.2. Accès au dispositif de protection pour les MNA.....	23
1.2.3. Préserver la santé : un droit fondamental.....	25
1.2.3.1. Droit à la santé.....	25
1.2.3.2. Protection maladie.....	26
1.3. Les acteurs de santé à Montpellier.....	26
1.3.1. Le CD et structures mandatées.....	27
1.3.2. Le centre hospitaliser et les structures de santé publique	29
1.3.3. Les structures associatives et GCSMS.....	32
1.3.4. La médecine libérale.....	34
1.4. Justification de l'étude et problématisation.....	35
2 Méthodologie.....	36
2.1. Méthodologie de la recherche.....	36
2.1.1. Type d'étude.....	36
2.1.2. Recrutement.....	36
2.2. Recueil de données.....	37
2.2.1. Type de recueil : entretiens semi-dirigés.....	37
2.2.2. Déroulement de l'entretien	38
2.2.3. Retranscription.....	39
2.3. Analyse des données.....	39
3 Résultats.....	40
3.1. Caractéristiques des acteurs de santé interrogés.....	40
3.2. Un parcours de santé hétérogène estimé complexe.....	42
3.2.1. Une prise en charge inégale dépendante du statut juridique et de la couverture maladie.....	42
3.2.2. Coordination entre les acteurs jugée imparfaite.....	57
3.2.2.1. Réseau jugé insuffisant.....	57
3.2.2.2. Quelques facteurs en cause selon les acteurs:.....	58
3.3. Des besoins de santé jugés importants mais des réponses insuffisantes.....	62
3.3.1 Des besoins en santé importants.....	62
3.3.1.1.Des enfants vulnérables.....	62
3.3.1.2. ... Aux besoins physiques.....	62
3.3.1.3. ... Mais particulièrement psychiques.....	63
3.3.2. Des réponses estimées insuffisantes, retardées ou absentes.....	64
3.3.2.1. Au sein de l'ASE, la prise en charge est jugée imparfaite.....	64
3.3.2.2. Hors ASE, le suivi paraît quasiment impossible.....	70
3.3.3.Prise en charge psychique quasiment inexistante pour tous les MNA.....	70

3.4. Un accès aux soins compromis : multiples facteurs en jeu.....	72
3.4.1. Couverture sociale.....	72
3.4.2. Mauvaise connaissance du système de santé français.....	75
3.4.3. Barrière de la langue.....	76
3.4.4. Différence de représentation du soin entre soignant / soigné.....	78
3.4.5. Responsabilité légale, autorisations de soins et accompagnements des mineurs.....	81
3.4.6. Accès territorial et géographique.....	84
3.4.7. Budget.....	84
3.5. Prise en charge en santé au coeur du parcours de vie: un ressenti global alarmant.....	86
3.5.1. Prise en charge du parcours de vie : sentiment d'accueil à bras fermés.....	86
3.5.2. ... ayant des conséquences sur la santé des MNA.....	89
3.5.3. Sentiment récurrent d'inquiétude face à l'avenir et au devenir de ces jeunes.....	90
4 Discussion.....	92
4.1. Discussion autour de la méthodologie.....	92
4.1.1. Force de l'étude.....	92
4.2.2. Limites de la thèse.....	93
4.2. Discussion autour des principaux résultats.....	94
4.2.1. Discussion autour des réseaux de santé et de la coordination.....	94
4.2.2. Discussion autour des réponses aux besoins en santé jugées insuffisantes.....	101
4.2.3. Discussion autour des facteurs influençant l'accès aux soins.....	104
4.2.4. Discussion autour de la prise en charge globale des MNA.....	110
4.2.5. Evolution et perspectives.....	113
Conclusion.....	118
Liste des abréviations	119
Table des figures :	121
Bibliographie.....	122
Annexes.....	127
Annexe n°1 : Formulaire de consentement.....	127
Annexe n° 2 : Le guide d'entretien.....	128
Annexe n°3 : CD-R avec les entretiens.....	130
Serment.....	131
Résumé.....	133

INTRODUCTION

Les Mineurs non accompagnés (MNA) sont des enfants de moins de dix-huit ans, en migration et sans responsable légal. En tant qu'enfants vulnérables et selon la Convention internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), ils doivent être pris en charge en France au titre de la protection de l'enfance et ce, quelle que soit leur nationalité. Cette compétence est confiée aux Départements qui doivent s'évertuer à respecter les droits fondamentaux de ces enfants, à savoir, un accès à la santé, à un hébergement, à une scolarité ou à une formation professionnelle.

La présence de MNA en France est un phénomène décrit depuis la fin des années 90 ; cependant, le nombre de ces jeunes a considérablement augmenté ces dernières années, passant de 2555 à 17022 MNA reconnus entre 2013 et 2018, entraînant une charge de travail et un coût en forte croissance pour les institutions responsables.

Les politiques migratoires européennes et françaises, toujours plus restrictives, ont réduit les possibilités de séjours réguliers des étrangers en France. Aussi, l'entrée sur le territoire français en tant que mineur est devenue une des options privilégiées par les candidats à l'immigration. Cette porte d'entrée apparaît comme stratégique dans les projets migratoires. L'augmentation du nombre de MNA et les suspicions de fraudes concernant l'âge et le caractère d'isolement des prétendus MNA ont poussé les Départements et l'État à mettre en place au sein de la protection de l'enfance des parcours spécifiques à ces jeunes. Les modalités d'accès à la protection et l'accueil proposés leur sont en effet particuliers. Ainsi, pour accéder à une prise en charge de la part des Départements, les jeunes font l'objet d'une évaluation. Celle-ci a pour but de maintenir dans ce système uniquement les jeunes remplissant les conditions de minorité et d'isolement et d'en exclure les autres.

Des acteurs de la société civile décrivent ces évaluations et leur mise en application qu'ils jugent indignes, non fiables et trop hétérogènes sur le territoire. Ils dénoncent des recours trop fréquents à une évaluation médico-légale avec tests osseux - pourtant largement critiqués par le corps scientifique -, des arguments subjectifs mobilisés par des évaluateurs pour déterminer l'âge d'un jeune, ou encore le non-respect de la présomption de minorité. Ils signalent également qu'en amont de l'évaluation, la mise à l'abri n'est pas toujours systématique et que les délais sont souvent trop longs. Si par ailleurs, la minorité est reconnue, la prise en charge qui en découle est également critiquée par ces acteurs, avec des logements insalubres ou inadaptés, un manque d'accompagnement éducatif ou un accès aux soins souvent compromis. D'après eux, le respect des droits fondamentaux de ces jeunes, issus des traités nationaux et internationaux, ne seraient

pas assurés par l'État et les Départements. Ces acteurs estiment que si en théorie, les textes protègent les MNA et leur statut d'enfants en danger avant de considérer leur statut d'étrangers, en pratique, leur accueil semble répondre aux politiques de contrôle migratoire.

L'accueil des MNA apparaît aujourd'hui comme une question sociale au cœur des débats. Les modalités de prise en charge se transforment continuellement, s'adaptant aux politiques, aux législations et aux capacités matérielles et humaines.

Par ailleurs, au-delà des politiques nationales, les acteurs publics, privés et associatifs locaux qui interviennent auprès de ces jeunes sont multiples et variés. Les politiques départementales et les contextes locaux conduisent à une prise en charge des MNA particulière à chaque territoire et ce, particulièrement sur la question de la santé.

Ce travail de recherche s'intéresse plus particulièrement aux Mineurs non accompagnés présents sur le territoire de Montpellier, au sein du Département de l'Hérault et sur la prise en charge en santé de ces jeunes en 2018-2019. Plus spécifiquement, cette recherche vise à mettre au jour cette prise en charge en santé depuis l'expérience des acteurs de santé.

Pour cela, le contexte politique, juridique et social dans lequel s'inscrit l'accompagnement en santé de ces jeunes est présenté dans une première partie. Les enjeux et les acteurs clés identifiés, la question de recherche est ensuite construite et présentée. Elle est suivie de la définition de la méthodologie employée pour cette recherche, laquelle repose sur une démarche qualitative composée principalement d'entretiens. Une analyse des matériaux récoltés est développée et argumentée pour parvenir à une discussion autour des observations réalisées dans une dernière partie. Quelques perspectives et idées d'ouverture sont pour finir proposées.

1 CONTEXTE

1.1 Qui sont les mineurs non accompagnés ?

1.1.1 Définition

Les Mineurs Non Accompagnés (MNA) sont des enfants en migration, de moins de dix-huit ans, arrivant dans un pays tiers sans responsable légal et ce quel que soit le pays d'origine. Selon le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, dans une note de février 1997, un MNA est « *une personne âgée de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable, qui est séparé de ses deux parents et n'est pas prise en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire* »(1) .

Les MNA sont donc des enfants, mais aussi des migrants, ou plutôt des enfants en migration, isolés. Il semble important de rappeler la définition des termes « migrant » et « migration » au début de ce travail. « Migrant » est défini par l'UNESCO² comme « *toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays* » (2). La migration est définie par l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) comme « *tout mouvement de personnes quittant leur lieu de résidence habituelle, soit à l'intérieur d'un même pays, soit par-delà une frontière internationale* »(3).

Les MNA sont donc au carrefour de deux grandes appartenances juridiques : la protection de l'enfance et le droit des étrangers. Anciennement désignés par le terme « Mineurs Isolés Etrangers » (MIE) jusqu'en 2016, ce terme a été délibérément modifié par la garde des Sceaux au profit de « Mineurs Non Accompagnés » afin de souligner leur isolement et leur jeune âge et non leur extranéité.³

1.1.2. Chiffres

Cette notion de MNA est apparue en France dans les années 1990. C'est un phénomène croissant et difficilement chiffrable. Actuellement, les seuls chiffres disponibles sont issus du rapport

2 UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture.

3 Beaucoup de références utilisées et antérieures à 2016 dans ce travail de recherche reprennent la dénomination MIE

annuel d'activités 2018 de la Mission des Mineurs Non Accompagnés du Ministère de la Justice (4) :

- 17022 personnes déclarées mineures non accompagnées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018 ont été portées à la connaissance de la cellule nationale.

On note une forte augmentation par rapport aux années précédentes :

- 14908 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017,
- 8 054 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016,
- 2555 personnes du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.

Un tableau issu des chiffres de la Mission des MNA du Ministère de la Justice résume le nombre de MNA connus par la cellule selon la tranche d'âge sur les trois dernières années :

Nombre de MNA répartis par tranches d'âge (*)

Age	2018	% 2018	2017	% 2017	2016	% 2016
- 10 ans	28	0.16 %	46	0.31 %	21	0.26 %
10 – 12 ans	95	0.56 %	113	0.76 %	129	1.60 %
13 - 14 ans	1 808	10.62 %	1 669	11.20 %	1 105	13.72 %
15 ans	5 561	32.67 %	4 171	27.98 %	2 074	25.75 %
16 ans	7 495	44.04 %	6 662	44.69 %	3 575	44.39 %
17 ans	2 035	11.94 %	2 247	15.07 %	1 150	14.28 %
Total	17 022	100.00 %	14 908	100.00 %	8 054	100.00 %

(*) Extraction données cellule MMNA

Figure n°1 : Nombre de MNA répartis par tranches d'âge de 2016 à 2018.

Source : Ministère de la Justice. 2018.

L'écrasante majorité des MNA sont des garçons : en 2018, 95,4% sont des garçons (soit 16255) pour 4.45% de filles (soit 758) et la plupart ont entre quinze et dix-sept ans (88,65%).

Cependant, il n'existe que des estimations qui reflètent mal une situation plutôt insaisissable. En effet, les chiffres disponibles comme ceux présentés ci-dessus représentent uniquement les MNA pris en charge par le dispositif de protection de l'enfance. Ces chiffres ne prennent pas en compte tous les MNA qui ne sont pas reconnus mineurs et/ou isolés.

Lors de son rapport d'activité 2019, le Comede (Comité pour la santé des exilés) estime « à 50000 en 2017 le nombre d'enfants particulièrement vulnérables, dont une moitié sont des mineurs isolés et l'autre des enfants relevant de la protection de l'Ofpra au titre de l'asile », (ces derniers accompagnant leur.s parent.s). Soit environ 25000 mineurs étrangers isolés (5).

Selon une enquête de l'Assemblée des Départements de France (ADF), 54000 évaluations⁴ de mineurs ont été réalisées en 2017, sachant que ce chiffre comprend également les réévaluations. En effet, certains jeunes non reconnus mineurs peuvent, jusqu'à maintenant, demander une nouvelle protection dans un autre département. Ce chiffre surestime probablement le nombre de MNA au cours de l'année 2017 (6).

Enfin, selon l'association Médecins du Monde dans son rapport d'activité de l'année 2017, les MNA ne représenteraient que 5 % des jeunes mineurs protégés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (soit 15000 MNA sur 299600 mineurs placés)(7).

Les chiffres ne permettent pas de saisir précisément le phénomène. Pour la même année 2017 et selon les sources, le nombre de MNA sur le territoire s'échelonne entre 14908 à 54000, sachant que le premier chiffre est sous-estimé et le dernier surestimé.

D'après la Mission MNA du Ministère de la Justice, dans le département de **Hérault**, 287 MNA reconnus mineurs ont été confiés au cours de l'année 2018 au Département de l'Hérault par la cellule nationale. Il ne s'agit pas du nombre d'évaluations réalisées, mais bien du nombre de MNA reconnus mineurs et confiés au Département. Sachant qu'en 2017, ce chiffre s'élevait à 261 et en 2016, 138 (4). Ces chiffres peuvent être cumulatifs et ne comprennent pas les mineurs non reconnus, c'est-à-dire en attente d'évaluation, ou exclus de l'ASE.

1.1.3. Pays d'origine

Les MNA proviennent de tous les continents du monde. D'après le rapport d'activité 2018 de la Mission des MNA du Ministère de la Justice⁵, les MNA présents en France en 2018 sont majoritairement nés en Afrique (91,13 %) et notamment en Guinée, Côte d'Ivoire et Mali :

4 Les MNA sont soumis à des évaluations de leur minorité et leur isolement pour avoir accès à la protection de l'enfance qui elle, est sous la responsabilité des Départements. Ce chiffre donne une idée du nombre de jeunes ayant demandé la protection du département, donc se déclarant mineurs.

5 Ce graphique représente uniquement les MNA connus par la cellule nationale pour l'année 2017, soit les MNA reconnus mineurs et pris en charge par la protection de l'enfance. Il ne prend pas en compte les mineurs non reconnus, en cours d'évaluation ou encore en errance.

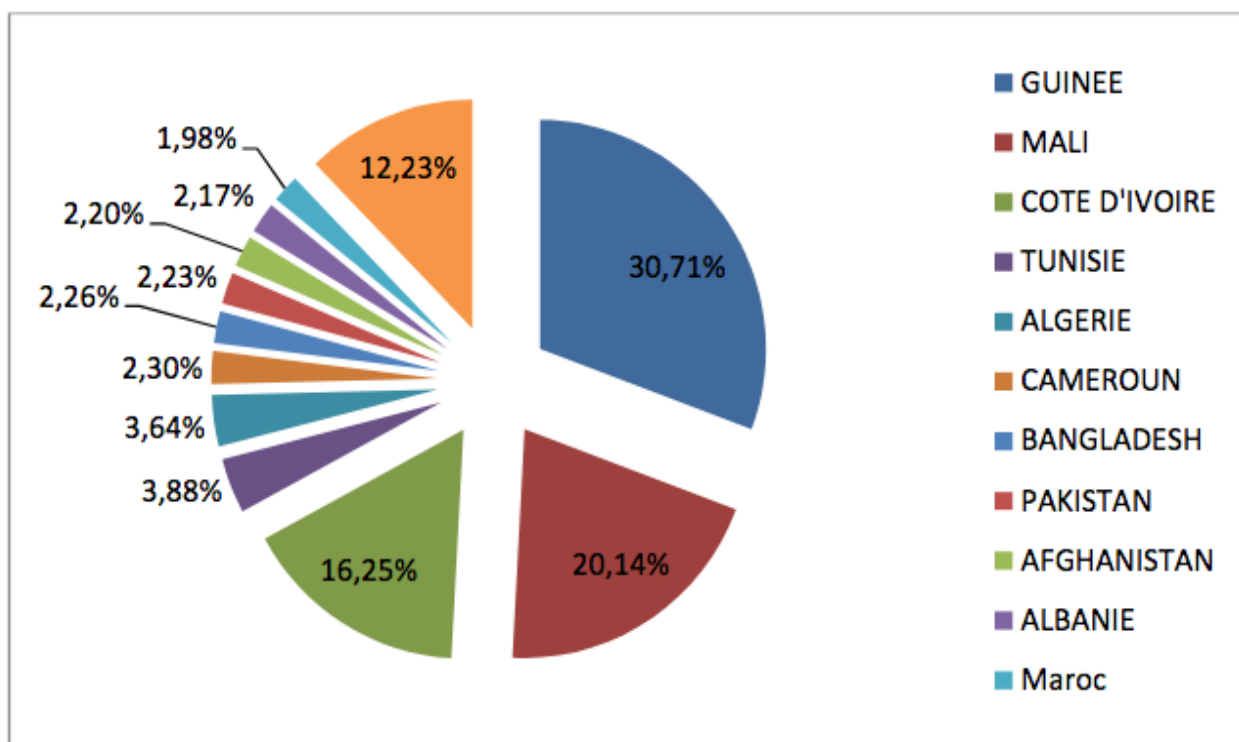


Figure n° 2 : Répartition des MNA par pays d'origine en 2018.
Source : Ministère de la Justice, 2018.

1.1.4. Raison de départ : Typologie d'A. Etiemble

Dans le cadre d'une étude sociologique, Angelina Etiemble, détermine à partir de 2002 une typologie définissant les différentes raisons de départ de ces jeunes migrants (8). Il en ressort cinq grandes catégories qu'elle affinera en 2013 en ajoutant deux nouveaux types (9) :

- les **exilés** sont les enfants victimes de répression politique ou ethnique dans leur pays d'origine souvent en guerre ou en conflit. Ils fuient les persécutions dont ils sont la cible dans leur pays d'origine.
- les **mandatés** sont les enfants incités à partir dans l'espoir de faire sortir de la misère les proches restés au pays.
- les **exploités** sont victimes de réseaux de trafiquants de tous genres : pédophilie, prostitution, drogue, travail illégal...
- les **fugueurs** qui quittent leur foyer pour échapper à des maltraitances vécues ou conflits intra-familiaux. La seule solution pour espérer un avenir meilleur.

- les **errants** « dans la rue » ayant cumulé des périodes de « débrouille » dans la rue dans leur pays d'origine. En quête d'une vie meilleure, l'errance devient internationale. Ils survivent à travers la mendicité, les petits emplois, la délinquance... ils refusent souvent toute forme de protection sociale.

A ceux-là s'ajoutent :

- les **rejoignants** qui ont le projet initial de retrouver un parent, de la famille ou des membres de leur communauté. Il suffit d'une mésaventure à l'arrivée, ou encore d'un parcours migratoire stoppé et le jeune se retrouve isolé.
- les **aspirants**, en quête d'un « avenir meilleur », d'une réalisation personnelle à travers ce parcours migratoire.

Ceci montre la véritable hétérogénéité des raisons de départ. Les MNA ont des profils complexes, les raisons de départ sont variées et parfois multiples et leur projet migratoire peut évoluer dans le temps.

1.1.5. Besoins en santé spécifiques

Les MNA appartiennent à une population particulière qui cumule de multiples facteurs de vulnérabilité déterminant *in fine* leur état de santé. En effet, du fait de leur jeune âge, leur isolement et leur extranéité, ils cumulent trois spécificités qui font d'eux une population fragile et très vulnérable en terme de santé physique et particulièrement mentale.

On retrouve ces facteurs à trois niveaux du parcours migratoire :

- **Situation du pays d'origine** (parfois liée aux raisons de départ): pays en zone d'endémie de maladies infectieuses, guerre civile, conditions de vie précaires, conflits intra-familiaux ou ethniques, maltraitance...
- **Voyage migratoire souvent traumatisant** : épreuves violentes, souvent inimaginables, traversée de la mer Méditerranée, de la Libye, traumatismes physique et psychique, victimes ou témoins de violences, rétentions... En 2018, 87% des jeunes suivis par MSF déclarent lors de leur consultation médicale à Pantin avoir subi des violences, tortures ou maltraitances au long de leur parcours migratoire(10).
- **Arrivée en France** : déception de l'idée 'd'eldorado', période d'errance et d'attente, barrière de la langue, manque d'accompagnement, isolement social et relationnel,

conditions de vie précaires (la rue, squats), non-reconnaissance des droits, discriminations, violences étatiques...

Il n'existe pas de pathologie propre à la migration.

Une étude française réalisée en 2009 par F. Jusot, J. Silva, P. Dourgnon et C. Sermet (11) à partir des données de l'enquête décennale Santé menée par l'Insee en 2002-2003 montre que les personnes immigrées auraient une santé « perçue » plus mauvaise que les nationaux du pays d'arrivée et que cela serait dû à la situation socio-économique plus défavorable pour les immigrés en France.

La santé de la population migrante est particulièrement affectée par les inégalités sociales de santé. Les conditions de vie parfois extrêmement précaires expliquent qu'un certain nombre de pathologies physiques comme psychiques s'acquièrent en France (12).

En termes de besoins en santé physique, une étude épidémiologique rétrospective monocentrique réalisée par C. Peaud a évalué l'état de santé de MNA pris en charge entre septembre 2014 et décembre 2015 dans l'Unité Enfance en Danger de l'ASE à Angers : sur 170 dossiers, 62 % présentaient une ou plusieurs pathologie(s) infectieuse(s), 67,5 % d'autres pathologies hors infectiologie, 50,8 % ont cumulé pathologie infectieuse et autre pathologie. Les pathologies infectieuses les plus représentées étaient : bilharziose (22 %), parasitose digestive (21 %), infection tuberculeuse latente (14,9 %), et le virus de l'hépatite B (8,77 %). Les autres pathologies rencontrées étaient principalement des pathologies dentaires, des troubles orthopédiques, des troubles psychiatriques, des anomalies de l'audition, et des anomalies ophtalmologiques (13).

Selon la thèse de P. Baudino intitulée « *État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013* », les pathologies les plus fréquemment retrouvées dans ce département à ces dates étaient les parasitoses digestives (50%), l'infection tuberculose latente (48%), les caries dentaires (29%), la carence martiale (26%, avec anémie 4%), le déficit en G6PD (8%), les bilharzioses (7%), les filarioses (6%), et l'hépatite B chronique (6%). Sur le plan psychiatrique, 45% des MIE présentaient un tableau clinique compatible avec un état de stress post-traumatique (ESPT), 4% avaient des idées suicidaires (14).

Ces deux études sont en accord pour affirmer que les MNA sont une population vulnérable, avec une prévalence non négligeable de pathologies infectieuses et non infectieuses qui nécessitent une prise en charge adaptée et appliquée.

Sur le plan de la santé mentale particulièrement et du fait de tous les facteurs énumérés ci-dessus, on retrouve chez ces jeunes une prévalence importante de troubles psychiques et

psychotraumatiques. Beaucoup de ces jeunes souffrent de troubles anxieux dus à l'insécurité, l'isolement, aux complications administratives et à l'absence de perspective. La majorité des données de la littérature internationale et française se rejoignent sur une représentation très importante de troubles psychiques chez les MNA sous différentes formes. Par exemple, dans une étude réalisée en Belgique, Derluyn et Brockaert trouvent entre 37 % et 47 % des MNA qui présentent des symptômes sévères à très sévères de dépression, anxiété et stress post-traumatiques (15). Un peu plus d'un jeune non accompagné sur dix reçus en consultation médicale aux Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du monde présentait un trouble d'ordre psychologique selon les médecins et 31,3 % des MNA ont déclaré avoir déjà subi des violences (7). La thèse de A. Gerbes réalisée à Rennes, souligne que les MNA sont plus à risque que les migrants majeurs concernant les problèmes de santé mentale (16).

Les études déjà réalisées s'accordent pour dire que les MNA sont vulnérables sur le plan psychique avec une prévalence bien plus importante de troubles mentaux que pour la population générale et que les besoins de prise en charge semblent de ce fait indispensables.

De manière plus générale chez les exilés, une étude publiée en 2017 dans le Bulletin Epidémiologique hebdomadaire de Santé publique recommande « *une meilleure prise en compte des questions de santé mentale des exilés et de leur accompagnement social dans les actions de prévention et de soins. Il est nécessaire d'intégrer les besoins spécifiques de ces personnes tout au long du parcours de soins, depuis le bilan de santé librement consenti jusqu'à la prise en charge pluridisciplinaire. Et ce, sur l'ensemble du territoire, en favorisant notamment le recours à l'interprétariat professionnel et les autres mesures facilitant l'accès aux soins* »(17).

En définitive, les MNA sont des enfants cumulant des facteurs de vulnérabilité relatifs à leur **âge**, leur **trajectoire**, leur **isolement** et leur **extranéité** requérant une prise en charge en santé adaptée, pluridisciplinaire, avec une attention particulière aux souffrances psychiques.

1.2. Le cadre légal

1.2.1. La protection de l'enfance : « Enfant avant d'être migrant »

Les MNA sont des enfants privés de responsable légal dans un pays étranger. Ils sont donc considérés comme « enfant en danger » et de fait, ils ont le droit en France à une protection et ce, peu importe leur nationalité. En effet, en ratifiant l'article 20 et l'article 2 de la Convention

internationale relative aux Droits de l'enfant, la France s'est engagée à protéger tous les enfants en situation de danger, quel que soit leurs origines.⁶

Il est inscrit dans l'article L.122-3 du Code de l'Action sociale et des Familles (CASF), modifié le 14 mars 2016 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* ». Les MNA étant privés de la protection de leur famille doivent donc bénéficier d'une prise en charge au titre de **la protection de l'enfance**, et ce, peu importe leur nationalité (article L.111-2 du CASF). La protection peut être administrative ou judiciaire, sans distinction de traitement avec les mineurs dont les parents sont présents sur le territoire.

Cette protection relève de la responsabilité des **services départementaux** depuis la ratification de la loi du 6 janvier 1986, créée dans le cadre du projet de décentralisation, qui a confié aux départements la responsabilité de l'Aide sociale à l'Enfance. La loi de 2016 du CASF remet cette responsabilité au Président du Conseil Départemental (CD).⁷

Dans le Département de l'Hérault, c'est la Direction Enfance et Famille (DEF), service central, au sein de la Direction des Solidarités du CD, qui porte la politique globale de la protection de l'enfance. Au sein de ce service vaste, il existe un pôle spécialisé dans la prise en charge des MNA, responsable de la protection de ce public. La création d'un service « spécialisé » pour les MNA montre bien que leur prise en charge sera différenciée par rapport aux mineurs protégés français.

L'article 1 de la loi n°216-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, modifiant l'article L.112-3 du CASF, précise que « la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des **besoins fondamentaux** de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le

⁶ [L'article 20 de la Convention Internationale relative aux droits de l'enfant](#) dispose que « **tout enfant** privé de son milieu familial » ou en danger au sein de celui-ci a droit à une protection. Aucune condition de nationalité ni d'origine n'est donc prévue.

[L'article 2 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant](#) précise que « *les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation* ». Ce principe de non-discrimination combiné à l'article 20 précité impose aux Etats de mettre en oeuvre une politique de protection de l'enfance identique à l'égard de tous les enfants en situation de danger.

⁷ [L'article L.226-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles](#) du 14 mars 2016 prévoit que « *le président du conseil départemental est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.* »

respect de ses droits». Ainsi, les services de la DEF doivent s'assurer que les MNA bénéficient et accèdent à leurs droits fondamentaux, dont le **droit à la santé**.

Cependant l'accès à cette prise en charge est particulière pour ce public. Une procédure spécifique est mise en place. Elle consiste à l'évaluation de la situation du jeune qui permettra d'accéder à cette protection, c'est-à-dire à la vérification des critères de minorité et d'isolement familial au sein du territoire français et ainsi d'exclure du dispositif les jeunes majeurs.

Devant la saturation des dispositifs départementaux les plus sollicités pour prendre en charge et accueillir les MNA en nombre croissant, la Circulaire du 31 mai 2013, relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers, de la garde des Sceaux Christiane Taubira, a été instruite dans le but d'équilibrer la répartition des MNA et d'homogénéiser les procédures d'évaluation sur tous les Départements du sol français. Elle prévoit le remboursement par l'État de l'évaluation menée par les CD dans la limite des cinq premiers jours de mise à l'abri (250 euros par jour).

1.2.2. Accès au dispositif de protection pour les MNA

Le parcours qui permet d'avoir accès à la protection complète avec obtention d'une l'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP)⁸ est long et difficile. Le schéma ci-dessous est issu de la Mission MNA du Ministère de la Justice et permet de visualiser la procédure (18).

8 OPP : Ordonnance de Placement Provisoire : est prononcée par le Procureur de la République ou le Juge des enfants dans le cadre de l'urgence pour une protection immédiate de l'enfant. Elle permet de placer le mineur dans une structure susceptible d'assurer son accueil et son hébergement en urgence.

PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE LA MINORITÉ ET DE L'ISOLEMENT

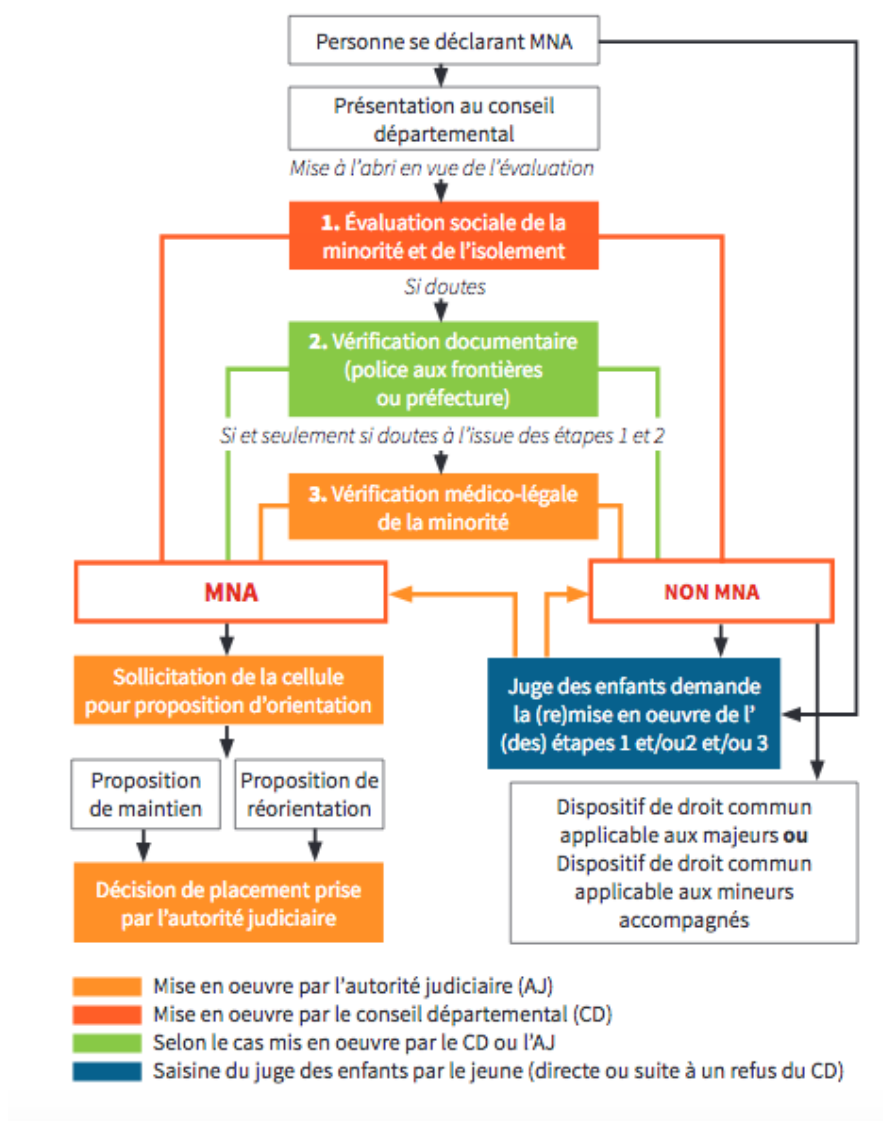


Figure n°3 : Procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement.

Source : Ministère de la Justice. 2018

En théorie, un jeune se déclare MNA, il doit se présenter au CD pour une mise à l'abri urgente. Dans le cadre d'une prise en charge administrative, le jeune est alors mis à l'abri au vu d'une évaluation de sa situation. Une évaluation sociale est alors réalisée. Si un doute existe sur la minorité et l'isolement du jeune, une vérification de ses documents d'identité est faite par la Police aux Frontières (PAF), puis si besoin est, une vérification médico-légale est demandée (examen clinique et radiographique). En fonction de cette évaluation, le jeune est protégé par l'ASE ou exclu de toute aide possible départementale, car considéré majeur ou non isolé.

Dans l'Hérault, le jeune doit obligatoirement se présenter au commissariat pour obtenir une mise à l'abri au service d'accueil d'urgence. Il est ensuite placé à l'hôtel dans l'attente de son évaluation. Les plus fragiles, les plus jeunes et les femmes sont placés dans une structure d'accueil urgente à Clapiers avec présence éducative 24h/24 ou auprès de familles d'accueil. L'évaluation est réalisée par l'association loi 1901 l'Avitarelle missionnée et subventionnée par le Conseil départemental de l'Hérault.

Par la suite, le parquet est saisi :

- Si la minorité n'est pas remise en doute, la cellule nationale répartit sur le territoire national la prise en charge du jeune. L'OPP est alors prononcée et le jeune est pris en charge par l'ASE dans le département indiqué par la cellule parisienne⁹.
- Si la minorité est mise en doute, le parquet peut demander une vérification des documents d'identité par la PAF, et si le doute persiste, une évaluation médico-légale est demandée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU).
- En cas de non-reconnaissance de la minorité, le tribunal correctionnel est saisi et le jeune risque une peine avec incarcération pour « faux usage de faux »(19).

1.2.3. Préserver la santé : un droit fondamental

1.2.3.1. Droit à la santé

Comme signalé auparavant, l'un des droits fondamentaux prévu par la protection de l'enfance est de promouvoir la santé des mineurs protégés. Ceci est écrit dans l'article 24 de la CIDE qui prévoit que « *les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services* ». Aussi, la Commission nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) recommande « *de n'apporter aucune restriction à l'accès des MIE aux soins médicaux, de quelque nature qu'ils soient. A cet égard, il est indispensable de renforcer et d'améliorer l'accès des MIE à la prévention et d'assurer la continuité des soins* »(20). Enfin, le Défenseur des Droits des Etrangers recommande aux Conseils Départementaux que cette prise en charge soit effective dès la mise à l'abri du jeune. Il pointe également l'importance d'une prise en charge en santé psychique chez cette population très vulnérable.(21)

⁹ Ceci est très théorique. Dans la pratique, il arrive très régulièrement qu'à l'arrivée dans le nouveau département, une évaluation est de nouveau demandée qui conduit parfois à une contestation de la minorité. Parfois même le jeune est mis dans le train et renvoyé dans le département ayant fait l'évaluation initialement.

1.2.3.2. Protection maladie

L'article 26 de la CIDE énonce que « *les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.* »

La circulaire DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 établit que les MNA pris en charge par les services de l'ASE ou de la PJJ bénéficient des **couvertures maladie universelles et Complémentaires. (CMU-c)**. A défaut de pouvoir solliciter la Couverture Maladie Universelle, tous les mineurs isolés étrangers peuvent bénéficier de l'**Aide Médicale de l'État (AME) dès leur arrivée en France** selon l'article L251-1 du CASF et la décision du Conseil d'Etat du 7 juin 2006 (n° 285576).

La CNCDH recommande « *pour garantir l'effectivité de la protection de la santé, que tous les MIE, sans distinction, puissent être affiliés au régime général de l'assurance maladie et bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire. Ils doivent également être informés de l'accès à l'ensemble de ces droits* »(20).

1.3. Les acteurs de santé à Montpellier

Tout d'abord, il me semble important de définir les termes. Nous avons basé notre réflexion sur la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

La prise en charge de la santé intègre dans sa définition la prise en charge sociale et pas simplement sanitaire. Cela aurait été réducteur de s'en tenir aux « acteurs de soins » qui intègrent uniquement les acteurs sanitaires, ambulatoires et hospitaliers. En utilisant le terme « acteurs de santé », nous incluons les acteurs sociaux et médico-sociaux (22).

Une pré-enquête de terrain observationnelle de six mois nous a permis de mettre en lumière et de rencontrer des acteurs engagés dans la prise en charge en santé des MNA à Montpellier. Nous avons pu distinguer les différentes institutions engagées dont sont issus ces acteurs de santé, le tout formant un réseau complexe autour de ces jeunes mineurs étrangers.

Dans un souci de clarté, nous avons choisi d'organiser ces acteurs selon quatre grandes appartenances :

- Acteurs issus du CD et des structures mandatées ;

- Acteurs issus du centre hospitalier et des structures de santé publique ;
- Acteurs issus des structures associatives et Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) ;
- Acteurs issus de la médecine libérale.

Il me semble incontournable de présenter maintenant les structures engagées dans cette prise en charge à Montpellier.

1.3.1. Le CD et structures mandatées

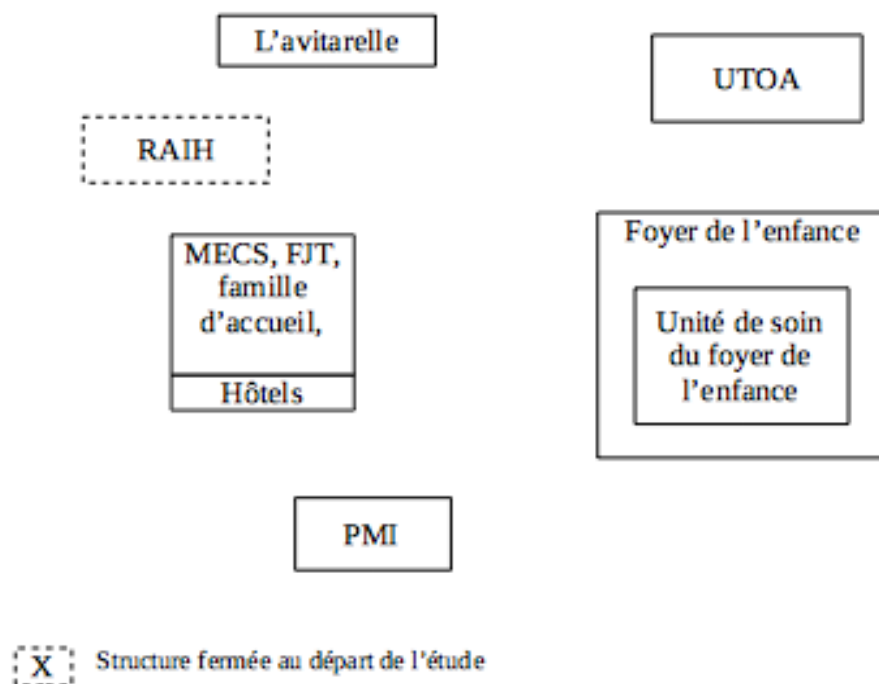


Figure n°4 : Structures départementales accompagnant les MNA à Montpellier

• **Le foyer de l'enfant**

Le foyer de l'enfant (FDE) est en charge de tous les mineurs protégés par l'ASE dont les MNA. Au sein du foyer, il y a le pôle médical de l'ASE. Il est responsable de promouvoir la santé de tous les mineurs protégés par l'ASE. A Montpellier et au jour de l'entretien, il y avait un médecin généraliste à 80 % et deux infirmières à plein-temps responsables de l'unité de soin.

L'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médicaux-sociaux (ANESM) recommande à l'intention, entre autres, des organismes de la protection de l'enfant de garantir la santé physique et mentale des MNA avec (23) :

- la « *connaissance par les professionnels [...] des problèmes de santé physique et mentale spécifiques aux MNA* » ;

- la « *mise en œuvre d'actions thérapeutiques prophylactiques, préventives et curatives* » pour garantir leur santé physique ;
- la « *mise en œuvre d'actions thérapeutiques et de soins* » pour garantir la santé mentale des MNA ;
- l'action de « *rechercher et faire reconnaître les déficiences génératrices de situation de handicap* ».

L'unité de soins du foyer de l'enfance doit théoriquement suivre les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) afin de garantir le droit à la santé des MNA protégés par l'ASE.

- **Un Toit Où Apprendre (UTOA)**

UTOA est une association mandatée par le Département depuis octobre 2015, chargée spécifiquement de l'hébergement et de l'accompagnement global de jeunes MNA placés et protégés par une OPP à Montpellier. C'est une Maison d'Hébergement et d'Insertion Sociale et Culturelle de la protection de l'enfance. Cette structure propose un hébergement dans des appartements en colocation, des cours de Français Langue Etrangère (FLE) quotidiens, un accompagnement socioéducatif par des travailleurs sociaux vers la formation scolaire et professionnelle, un accompagnement administratif vers une régularisation et une prise en charge de la santé par un travail coordonné entre l'éducateur, une infirmière et les médecins traitants du quartier (24).

En tant que structure mandatée par la protection de l'enfance, UTOA doit théoriquement répondre au même titre que le foyer de l'enfance aux recommandations de l'ANESM pour garantir le droit à la santé des MNA.

- **Autre structure d'hébergement relais**

De multiples structures d'accueil de mineurs placés ont dû ouvrir leur porte à cette population nouvelle, les MNA. Il existe les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS), le Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT), les familles d'accueil. Comme ces structures sont saturées, certains jeunes MNA sont placés dans des hôtels, comme structure hébergeante.

- **L'Avitarelle**

L'Avitarelle est un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) dont l'une des missions confiée par le Département est l'**évaluation de la minorité et de l'isolement** du jeune.

A savoir que, lors de ces cinq jours théoriques d'évaluation, le jeune n'est plus sous la responsabilité du Département mais de l'État.

- **La Protection maternelle et infantile (PMI)**

Les PMI sont des services publics départementaux créés en 1945 dans le but de baisser la mortalité maternelle et infantile. Une PMI se compose d'une équipe pluridisciplinaire hétérogène en fonction du territoire (médecins, gynécologues, pédiatres, puéricultrices, sages-femmes, infirmiers, psychologues, assistantes maternelles, travailleurs sociaux...). L'une des missions de la PMI est de promouvoir la santé des femmes enceintes et des enfants jusqu'à l'âge de six ans, par des mesures de prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation pour la santé. Elle a un rôle également dans la planification familiale et dans l'information sexuelle. La prise en charge est gratuite et ouverte à tous (25).

- **Réseau Accueil Insertion Hérault (RAIH)**

RAIH était une association d'accueil, de soutien et d'accompagnement des MNA à Montpellier depuis plus de quinze ans. Elle était également responsable de l'évaluation de la minorité et de l'isolement des jeunes, subventionnée majoritairement par le Département. Elle soutenait les jeunes dans leurs démarches de régularisation. Cette association bienveillante, engagée en faveur du respect des droits de ces jeunes a fermé ses portes en juillet 2018, au début de ma pré-enquête observationnelle.

1.3.2. Le centre hospitaliser et les structures de santé publique

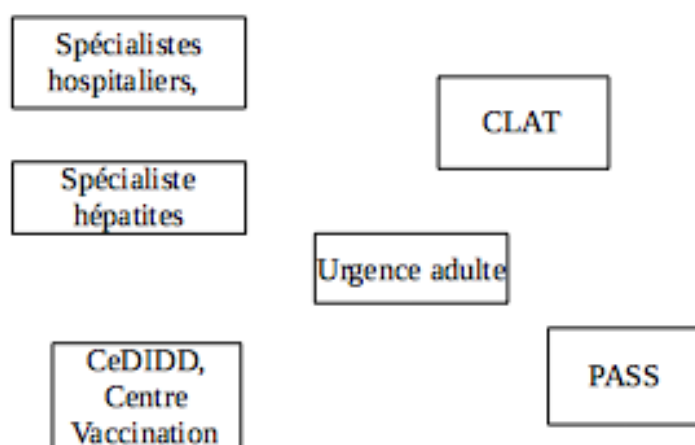


Figure n°4 : Structures hospitalières et de santé publique accompagnant les MNA à Montpellier

- **Les urgences**

C'est un service hospitalier ouvert à tous en cas d'urgences médicales ou blessures. Une pièce d'identité ainsi que la couverture maladie sont demandées à l'accueil. En cas de couverture inexistante ou partielle, le patient sera orienté vers les services sociaux des urgences. Cependant l'accès aux soins n'est pas refusé, les soins urgents sont alors prodigués. Le service social ouvre un dossier à la sécurité sociale et/ou oriente le patient à la Permanence d'accès aux Soins de Santé (PASS) s'il est nécessaire de délivrer des traitements ou de poursuivre des soins à la sortie des urgences.

Les urgences pédiatriques reçoivent les mineurs jusqu'à quinze ans et trois mois. Or les MNA ont quasiment tous entre quinze et dix-huit ans, ils sont donc plutôt orientés vers les urgences adultes.

- **La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)**

La PASS est un dispositif médico-social issu de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Il s'intègre dans un dispositif plus large : le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) qui « *s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels* » (Art. 71 al. 3) (26).

La PASS a pour but de faciliter l'accès aux soins des patients en situation de vulnérabilité (sans couverture sociale ou avec couverture partielle) et d'autre part, de les accompagner dans les démarches menant à la reconnaissance de leurs droits et les orienter ensuite vers le droit commun. Les PASS sont très hétérogènes en termes d'organisation et d'équipe sur le territoire national.

A Montpellier, l'accueil se fait systématiquement par une assistante sociale et une infirmière diplômée d'état (IDE). Un bilan social et de santé sont réalisés de manière systématique et des orientations sont faites en fonction des besoins. Un budget de l'hôpital, spécifique à la PASS, permet de délivrer des traitements, prodiguer des soins, et faire des bilans sanguins. Si nécessaire, un accès au plateau technique et aux spécialistes de l'hôpital est possible. L'article L6111-1-1 du Code de la Santé Publique précise que «*Dans l'attente d'une ouverture des droits*

à l'AME ou à la CMU, les mineurs peuvent avoir accès aux soins dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé.»

- **Les spécialistes hospitaliers**

Tous les services peuvent être concernés par ce public au même titre que n'importe quel jeune. Cependant, devant la prévalence de maladies infectieuses chez les MNA, des consultations de prise en charge spécifiques ont été mises en places récemment, comme pour les hépatites.

- **Le Centre de Lutte Anti Tuberculeux (CLAT)**

C'est un service de santé publique du CHU missionné et financé entièrement par l'Agence Régionale de Santé et créé en 2016. Ce service propose des actions spécifiques de lutte contre la tuberculose comme la prévention (information, sensibilisation et de vaccination), la formation des professionnels de santé, le dépistage et la surveillance épidémiologique et enfin la prise en charge des patients avec délivrance de traitement et de suivi (27). Ce service est ouvert à tous de manière inconditionnelle, et accessible aux personnes en situation de vulnérabilité, sans couverture sociale.

- **Le Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)**

Service du CHU responsable de l'information, de la prévention, du dépistage et du diagnostic du VIH, hépatites et autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (Syphilis, Chlamydia Gonocoque). Ce service offre une prise en charge médicale et le traitement gratuit des IST.

- **Le Centre de Vaccination Buisson Bertrand**

C'est une fondation créée en 1895 par la faculté de Médecine de Montpellier pour la lutte et la prévention des maladie infectieuses *via* un centre de référence de vaccination dont l'accès est ouvert à tous et gratuit.

1.3.3. Les structures associatives et GCSMS

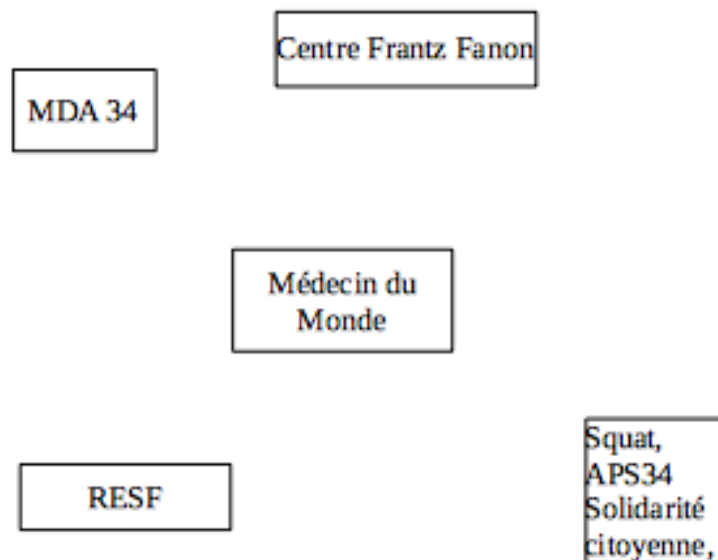


Figure n°6 : Principales structures associatives accompagnant les MNA à Montpellier

- **Médecins du Monde (MdM)**

C'est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) médicale internationale créée en 1980. C'est une association militante luttant contre l'exclusion au niveau international et national et pour la reconnaissance de la santé comme un droit universel et fondamental pour tous. A Montpellier, une délégation régionale est implantée en faveur des populations en situation de vulnérabilité *via* des actions de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques. Des actions mobiles « hors-murs » sont organisées en faveur des personnes se prostituant, des sans-abri ou des personnes vivant dans les bidonvilles. Au sein de l'association se trouve un Centre d'Actions de Soins et d'Orientation (Caso), c'est-à-dire un centre de soins médico-social pour toutes les personnes ne bénéficiant pas ou partiellement d'une couverture sociale. Des permanences pluri-hebdomadaires sont ouvertes au public, sans rendez-vous. Les personnes peuvent rencontrer en fonction de leurs besoins, un médecin généraliste, un dentiste, une infirmière, un assistant social, ou un psychothérapeute. C'est essentiellement au sein du Caso que les MNA les plus vulnérables n'ayant pas de couverture maladie sont accueillis et pris en charge. Selon le rapport d'activité 2017, plus de 1700 MNA ont été accueillis par les programmes MdM en France (7).

- **Le Centre Frantz Fanon (CFF)**

Le CFF est un centre de soins et de ressources pour une prise en charge psychique des personnes en situation d'exil sans condition d'âge et de statut du Gard et de l'Hérault. Porté administrativement par la Cimade et créé sur une initiative collective inter-associative (Mdm, Adages, Groupe SOS, la Clède, l'Espélido) devant les importants besoins en santé mentale des migrants et la saturation des structures déjà existantes et pas toujours adaptées (Umipp, Centres Médico-Psychologiques (CMP), PASS psy). L'équipe pluridisciplinaire se compose d'une coordinatrice, d'un travailleur social et juridique, de psychologues, d'un médecin et d'interprètes. Le collectif s'est mobilisé pour penser et créer ce centre à deux pôles : le pôle soin qui prend en charge la santé psychique des exilés et le pôle ressource qui soutient les professionnels de soin grâce à des formations, des réseaux, des analyses de pratiques dans le but de pérenniser une prise en charge adaptée (28).

- **Réseau Education Sans Frontière (RESF)**

RESF est une association-réseau de soutien composé de collectifs, mouvements associatifs ou syndicaux et de civils, qui militent ensemble bénévolement pour le droit à la scolarisation des jeunes étrangers, contre l'éloignement des mineurs étrangers scolarisés dont les parents sont en situation irrégulière, des jeunes majeurs étrangers dans la même situation et pour le respect des droits des MNA. A Montpellier, les MNA prennent une place de plus en plus importante au sein du public habituel, RESF les aide dans les démarches de scolarisation, d'hébergement et administratives. Ce réseau rencontre essentiellement les mineurs complètement démunis c'est-à-dire soit non pris en charge par l'ASE soit mis à l'abri mais en attente de l'OPP. RESF a également une action de plaidoyer auprès du Département pour dénoncer les injustices rencontrées.

- **Maison Des Adolescents de l'Hérault (MDA 34)**

La MDA 34 est un GCSMS existant depuis 2010 qui associe à ce jour le centre hospitalier de Montpellier et de Béziers et trois associations : Adages, Montpellier Ado et Episode. C'est un lieu d'accueil pour les adolescents de onze à vingt-et-un ans. Une équipe pluridisciplinaire propose différentes activités aux jeunes de manière confidentielle et sur la base du volontariat, mais également aux familles et aux professionnels. Aucun papier d'identité n'est nécessaire, ainsi, les MNA sont accueillis au même titre que les jeunes français au sein de la structure. L'équipe est composée de personnels administratifs, d'assistants sociaux, de psychologues, de médecins dont un qui pratique l'Intégration par les Mouvements Oculaires (IMO), d'éducateurs

spécialisés et de multiples étudiants, bénévoles engagés. Les MNA ont accès aux activités proposées par la MDA : émission de radio, sport, art, musique, danse, internet, ils peuvent y rencontrer beaucoup d'autres jeunes, partager des expériences, discuter avec une psychologue si besoin et être pris en charge en cas d'ESPT par le médecin spécialisé en IMO. La MDA34 a mis en place récemment un groupe ressource MNA afin d'améliorer la coordination entre les acteurs de terrain des MNA sur la base du volontariat (29).

Rattachée à la MDA 34, il existe une association appelée **APS 34** (Association de Prévention Spécialisée de l'Hérault). Cette structure sociale développe des actions éducatives pour les jeunes, individuelles ou collectives, dans des quartiers caractérisés difficiles. Il existe des actions de « travail de rue » par des éducateurs qui vont à la rencontre de jeunes en très grandes situations de précarité. C'est dans ce cadre que des éducateurs rencontrent des MNA. Soit les MNA « errants », selon la typologie d'A. Etienne, soit des MNA exclus du système de protection de l'enfance, se retrouvant dans la rue.

1.3.4. La médecine libérale

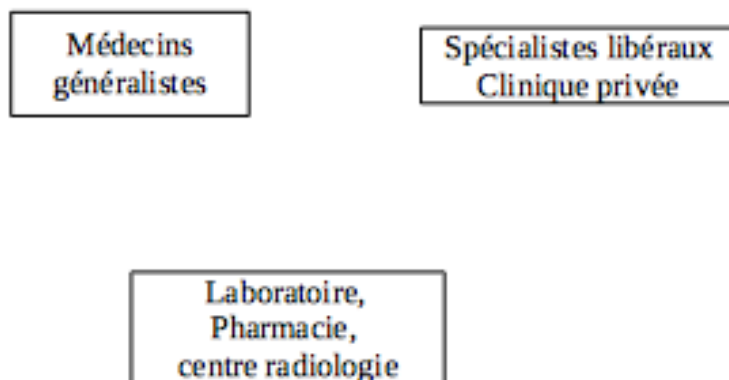


Figure n°7 : Acteurs libéraux pouvant accompagner les MNA à Montpellier

Ayant théoriquement une couverture sociale avec l'ouverture de la CMU-c, les MNA ont donc accès à la médecine libérale, aux médecins généralistes, spécialistes libéraux ainsi qu'aux pharmacies, laboratoires et centres radiologiques.

Lors de ma pré-enquête, j'ai rencontré des médecins généralistes qui connaissaient très mal la question, le statut juridique, les droits des MNA. Il semblait très difficile pour eux de se repérer

dans ce circuit complexe et d'orienter de manière adaptée le peu de jeunes se présentant aux consultations.

1.4. Justification de l'étude et problématisation

Les MNA sont une population nouvellement croissante encore mal connue du grand public et des réseaux de soins. Ces jeunes de moins de dix-huit ans, non accompagnés d'un tuteur, sont en situation de vulnérabilité du fait de leur jeune âge, leur extranéité et leur isolement. La situation juridique complexe de ces enfants, s'inscrivant dans une politique migratoire internationale peu favorable, accentue leur fragilité. Comme vu précédemment, les besoins en santé physique et particulièrement psychique sont importants pour ces adolescents. Leur prise en charge en santé nécessite une équipe pluri-disciplinaire bien organisée et coordonnée. Une pré-enquête de terrain observationnelle de six mois nous a permis de mettre en lumière et de rencontrer des acteurs engagés dans l'accompagnement de cette prise en charge en santé. Lors de cette enquête préliminaire, nous avons pu identifier les acteurs de santé, nous faire une idée de l'organisation générale de la prise en charge des MNA, formuler des hypothèses et définir des objectifs de recherche pertinents. Nous avons remarqué alors que ce réseau plutôt récent et en perpétuelle évolution, est constitué de professions hétérogènes médicales et sociales dont la coordination paraissait à première vue difficile. Ce réseau semble peu connu des médecins généralistes qui, de plus en plus, rencontrent des MNA dans leur patientèle.

Cette réflexion a abouti à la question de recherche suivante : **Comment la santé des MNA est-elle prise en charge actuellement à Montpellier?**

Il nous a semblé judicieux d'essayer de comprendre l'organisation et le fonctionnement de cette prise en charge, d'en faire un état des lieux sur la ville de Montpellier et ceci à travers l'expérience des acteurs de santé. Cette étude permettrait dans un second temps de mieux faire connaître ce réseau au sein de la médecine générale et du réseau lui-même, de soulever d'éventuelles difficultés auxquelles font face les acteurs, de réfléchir à des perspectives dans le but d'améliorer la coordination et les parcours de santé de ces jeunes.

Nous cherchons donc dans cette thèse à **comprendre la prise en charge en santé des MNA à Montpellier entre juillet 2018 et mai 2019 à travers l'expérience des acteurs de santé.**

2 MÉTHODOLOGIE

2.1. Méthodologie de la recherche

2.1.1. Type d'étude

Une étude **qualitative** nous a semblé un choix judicieux pour répondre à la question de recherche. En effet, cet exercice d'investigation aspire à **comprendre et décrire une organisation sociale de santé**, soit un phénomène qui s'étudie par le biais d'une étude qualitative. Les données sont très difficilement quantifiables : comprendre des comportements, cerner des liens et des interactions, ou explorer des ressentis basés sur des expériences personnelles. Ce sont des informations qui s'évaluent par une approche compréhensive, soit qualitative. Dans ce travail, nous recherchons des éléments issus de l'expérience des acteurs engagés pour comprendre la prise en charge en santé des MNA à Montpellier (30).

L'étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) avec le numéro de déclaration suivant : 2212075 v 0.

2.1.2. Recrutement

Le recrutement des acteurs de soins est basé sur une pré-enquête observationnelle de six mois au cours de laquelle nous sommes allés à la rencontre de certains acteurs et structures: MdM, le CLAT, UTOA, le foyer de l'enfance, ou encore RAIH. Grâce à eux, nous avons pu avoir une idée générale des réseaux de santé autour des MNA sur Montpellier en discutant, en observant leur travail et en participant à des réunions et des journées types.

Comme indiqué auparavant, nous avons classé en quatre grandes catégories les acteurs de santé : le CD et ses structures mandatées, le centre hospitalier et les structures de santé publique, les structures associatives et GCSMS, et enfin, la médecine libérale.

Nous devons donc recruter des acteurs pertinents issus de ces quatre grandes catégories, de professions différentes pour représenter au mieux ce panel médico-social autour des MNA. Nous avons alors essayé de prioriser les acteurs et nous les avons contactés un par un. Le contact s'est fait essentiellement par mail ou par téléphone. Parfois un tirage au sort a été nécessaire.

Le recrutement a été modulé au cours de la période des entretiens. En effet, si lors d'un entretien, un acteur mentionnait une structure ou une personne paraissant incontournable, nous adaptions

alors notre recrutement. Nous avons également dû nous adapter à l'évolution permanente des acteurs. Par exemple, le CFF n'existait pas encore au cours de la période de la pré-enquête. C'est lors d'entretiens, lorsque les acteurs interrogés ont mentionné l'ouverture de ce centre de santé mentale pour exilés que nous avons décidé de l'incorporer à notre étude, celui-ci apparaissant comme central dans la prise en charge de la santé mentale des MNA. A l'inverse, l'association RAIH qui nous semblait essentielle lors de notre observation de terrain, n'a finalement pas été interrogée, car ses portes ont fermé avant que nous commence concrètement les entretiens.

Par ailleurs, certains acteurs estimés centraux n'ont pas répondu à nos sollicitations répétées : les responsables du pôle MNA au sein du CD, deux médecins généralistes dans le quartier du Petit Bard travaillant avec UTOA, un(e) éducateur(rice) du foyer de l'enfance. D'autres acteurs volontaires, moins centraux mais pouvant apporter des éléments pertinents n'ont pas trouvé de disponibilité: l'Association de Prévention Spécialisé de l'Hérault 34 et un médecin de l'unité de soin de la maison d'arrêt.

Nous avons choisi de ne pas nous entretenir avec certains acteurs issus du CeGIDD ou encore du centre de vaccination Buisson-Bertrand pour une raison de temps et parce que les professionnels rencontrés nous ont signalé que ce n'était pas des acteurs centraux, ni privilégiés du parcours de santé des MNA. Les MNA représentaient une part quasi-nulle de leur patientèle. Nous devons alors prioriser au mieux les acteurs, pour une question de temps.

2.2. Recueil de données

2.2.1. Type de recueil : entretiens semi-dirigés

La technique de recueil de données la plus pertinente s'est révélée être l'**entretien semi-dirigé (31)**.

Des observations auraient pu être réalisées mais auraient nécessité beaucoup de temps et de moyens devant l'éventail large des professions et structures concernées. Le *focus group* ou entretien collectif n'aurait pas été pertinent devant l'hétérogénéité des acteurs. Les entretiens semi-dirigés en face à face semblaient beaucoup plus adaptés dans ce contexte de quête de sens, de démarche compréhensive d'une organisation de soins par des acteurs issus de structures variées.

On les appelle semi-dirigés car ils s'appuient sur un **guide d'entretien**, réalisé au préalable, de questions ouvertes qui permettent à l'interviewé de répondre assez librement. Le chercheur doit

simplement faire revenir l'interviewé sur le sujet qui l'intéresse lorsqu'il s'écarte trop des objectifs et poser des questions repères en cas de besoin.

Pour cet exercice de recherche, nous avons conçu le guide d'entretien autour de quatre grands thèmes qui nous permettaient de répondre à l'objectif principal et d'avoir des éléments de réponse pour les objectifs secondaires :

- 1- Le rôle, l'implication, l'organisation interne de chaque acteur / structure ;
- 2- L'articulation entre les acteurs : partenaires et liens ;
- 3- L'accès aux soins ;
- 4- Le ressenti global.

Le guide a légèrement évolué au cours des premiers entretiens. Il nous servait de repère, de source pour des relances, mais restait souple à chaque entretien. Il a été validé par un Docteur en anthropologie, spécialisé en anthropologie médicale et migration internationale.

2.2.2. Déroulement de l'entretien

Le **lieu** et l'heure étaient au choix de l'interrogé. De préférence dans un endroit calme et neutre selon leur convenance. Avant chaque entretien, nous expliquions les objectifs de notre recherche ainsi que les grands thèmes à aborder lors de l'entretien (rôle et organisation interne, partenaires, un point sur l'accès aux soins et enfin leur ressenti plus global).

Un **consentement oral et écrit** a été lu, expliqué et signé à chaque fois. L'interrogé pouvait préciser à la fin du consentement s'il acceptait ou non que la retranscription mot à mot de son entretien apparaisse en annexe de la thèse.

En effet, bien que les noms aient été effacés lors de la retranscription ainsi que certaines informations susceptibles de permettre l'identification de la personne interviewée, certains éléments n'ont pas pu être supprimés comme la profession par exemple. Ceci aurait fait perdre du sens au travail de recherche. L'anonymat est donc parfois relatif. Les acteurs sont bien informés de cette problématique et consentent de manière éclairée à participer. Ceci pourrait expliquer d'ailleurs le refus de certains acteurs à accepter l'entretien. Il nous semblait éthiquement plus convenable de laisser le choix aux interrogés de faire apparaître ou non l'entretien complet en annexe.

Volontairement, nous n'avons pas demandé, à l'aide d'un questionnaire, les caractéristiques des participants (âge, sexe...) pour protéger au maximum leur anonymat. D'autant plus que ces informations n'apporteraient, selon nous, pas d'informations pertinentes pour cette recherche.

Les entretiens étaient **enregistrés** à l'aide d'un lecteur mp3-USB du début à la fin.

2.2.3. Retranscription

La transcription a été réalisée mot à mot sur le logiciel Libre Office, sans reformulation et en respectant les tournures de phrase, et ce, tout de suite après l'entretien.

L'anonymisation a été réalisée dès le début des retranscriptions.

2.3. Analyse des données

« L'objectif de la phénoménologie est donc de comprendre un phénomène, de découvrir le « comment » du vécu, le sens donné à une expérience de vie » (32).

C'est l'analyse sémiopragmatique qui nous a semblé la plus appropriée dans ce travail de recherche. En effet, en m'appuyant sur l'expérience des acteurs, nous essayions de comprendre le phénomène social qu'est une organisation de soins.

Nous avons suivi au mieux les étapes issues de la méthode phénoméno sémio-pragmatique décrite par Oude Engberink, Arino, Julia, & Bourrel en 2013. En effet, après avoir transcrit mot à mot le verbatim, nous avons, pour commencer, lu de nombreuses fois le verbatim de manière intuitive puis focalisée, en prenant en compte le maximum d'éléments contextuels. Par la suite, nous avons réalisé une analyse verticale, chaque verbatim a été découpé en unités de sens et analysé en rubriques. C'est ce que l'on nomme la thématisation. Nous avons pu alors faire émerger plus facilement des catégories dites « universelles » répondant à la question de recherche selon la démarche de Peirce. Puis, nous avons effectué une analyse transversale, avec une mise en ordre logique et comparative avec hiérarchisation des catégories. Puis, pour finir une proposition d'analyse générale synthétique (33).

3 RÉSULTATS

Cette partie présente les données obtenues par le biais des techniques de recherches employées et décrites plus haut. Ce premier point présente les caractéristiques des entretiens et des personnes interrogées. Ces informations éclaireront les points suivants qui organisent les informations récoltées en grandes catégories. L'ensemble des affirmations de ces résultats reposent sur les entretiens, il s'agit d'une analyse de discours sur la réalité et non de la réalité elle-même.

3.1. Caractéristiques des acteurs de santé interrogés

Entre le 23 juillet 2018 au 14 mai 2019, nous avons réalisé quinze entretiens avec des acteurs de santé hétérogènes issus des quatre grandes catégories construites,. La durée des entretiens s'est révélée très variable d'un enregistrement à l'autre : entre 14 minutes et 62 minutes.

Pour rappel, les quatre catégories classant les acteurs sont les suivantes :

- Le CD et ses structures mandatées (CD) ;
- Le centre hospitalier et les structures de santé publique (CHU et santé publique) ;
- Les structures associatives et GCSMS (associations) ;
- La médecine libérale.

Les entretiens et les participants sont caractérisés dans le tableau suivant, classés par date de réalisation :

	Date	Catégorie	Structure	Profession	Lieu	Durée
E1	23/07/2018	CHU et santé publique	CLAT	Médecin en santé publique	Salle de consultation	62min
E2	23/08/2018	CD	Foyer de l'enfance	Médecin généraliste	Salle de consultation médicale	51min
E3	30/08/2018	CHU et santé publique	CHU	Chef de service urgences pédiatriques + spécialiste	Salle commune urgence pédiatrique	24min

				hépatites		
E4	07/09/2018	CD	Foyer de l'enfance	IDE	Salle de consultation médicale	40min
E5	07/09/2018	CD	Foyer de l'enfance	IDE	Salle de consultation médicale	30min
E6	29/10/2018	Conseil Départemental	UTOA	Directeur	Bureau de travail	57min
E7	07/11/2018	Associations	RESF	Bénévole	Domicile du bénévole	17min
E8	04/12/2018	CD	PMI	Gynécologue	Salle de consultation	30min
E9	05/12/2018	Associations	MDM	Coordinateur régional	Salle de réunion	24min
E10	06/12/2018	Associations	MDA 34	Coordinateur	Bureau de travail	35min
E11	13/12/2018	CD	UTOA	Educateur	Café calme	33min
E12	09/01/2019	Associations	MDA 34	Médecin	Salle de consultation	43min
E13	18/04/2019	CHU et santé publique	PASS	Assistante sociale	Salle de consultation	20min
E14	14/05/2019	Associations	Centre Frantz Fanon	Coordinatrice et psychologue	Salle de consultation	36min
E15	14/05/2019	Associations + Médecine libérale	MDM + médecin généraliste en libérale	Médecin bénévole/ Médecin généraliste en libéral	Salle de consultation	14min

Tableau n°2 : Caractéristiques des entretiens réalisés de juillet 2018 à mai 2019

J'ai donc obtenu un panel d'acteurs médico-sociaux assez conséquent reflétant le parcours de santé des MNA sur Montpellier :

- Six médecins de spécialisations différentes : deux généralistes dont l'une est salariée, l'autre travaille en libéral et est bénévole de RESF, un pédiatre, une gynécologue, une spécialiste en santé publique, une endocrinologue spécialisée en IMO.
- Deux infirmières diplômées d'état.
- Trois coordinateurs.rices dont l'une est aussi psychologue.
- Un directeur.
- Un éducateur.
- Une assistante sociale (AS).
- Un bénévole associatif.

Deux interrogés n'ont pas consenti à faire apparaître en annexe leur entretien.

3.2. Un parcours de santé¹⁰ hétérogène estimé complexe

La complexité et l'hétérogénéité des parcours de santé sont fréquemment relevées par les acteurs interrogés. C'est à la fois dû à une prise en charge inégale dépendante du statut juridique et de la couverture sociale qui est identifiée et à une coordination qui est estimée imparfaite au sein de ces réseaux de santé.

3.2.1. Une prise en charge inégale dépendante du statut juridique et de la couverture maladie

Les parcours de santé des MNA semblent très hétérogènes d'après les acteurs de santé interrogés. Ils dépendraient notamment de deux facteurs majeurs dictant les possibilités de prise en charge des MNA :

- le statut juridique, autrement dit si le jeune est sous la protection de l'ASE ou non ;
- la couverture maladie : s'il dispose d'une couverture maladie ou non.

En effet, en fonction de ces deux facteurs, les structures d'accueil, les orientations, et donc les **réseaux** diffèrent et par conséquent les parcours de santé et les prises en charges aussi.

L'éducateur d'UTOA (E11), une structure mandatée par le Département prenant en charge des MNA protégés disposant de couverture maladie, me précise lors de l'entretien :

¹⁰ Les parcours de santé sont les réponses coordonnées des besoins sanitaires mais également des besoins de prévention, médico-sociaux et sociaux. Le terme de parcours de santé répond à des besoins plus larges que parcours de soin (34).

« Nous c'est comme si on avait les chanceux et ils ont tous été placés par un juge pour enfants, ils ont tous été évalués mineurs, [...] c'est très différent des éducateurs de rue qui sont au contact de mineurs qui ne veulent surtout pas être en foyer, qui vivent dans des squats, ou RESF qui s'occupent aussi de gamins qui n'ont pas eu accès à la protection de l'enfance et qui sont totalement livrés à eux-mêmes... C'est une autre histoire... »

Le réseau « santé », c'est-à-dire, le réseau constitué d'acteurs pouvant intervenir sur la santé et les soins des jeunes, semble être totalement différent en fonction de ces deux paramètres, d'où la complexité des parcours de santé.

Quatre réseaux se forment alors ¹¹:

- Réseau pour les MNA pris en charge par l'ASE ayant une couverture maladie (CMU-c) (ASE +/CMU +)
- Réseau pour les MNA mis à l'abri par l'ASE, n'ayant pas de couverture maladie (ASE+/CMU-)
- Réseau pour les MNA hors ASE, avec couverture maladie (AME) (ASE-/AME+)
- Réseau pour les MNA hors ASE, sans couverture maladie (AME) (ASE-/AME-)

Théoriquement, la CMU-c devrait être donnée à tous les jeunes mis à l'abri par l'ASE. Or, dans la pratique et selon les acteurs, tous n'en sont pas bénéficiaires. D'après les acteurs interrogés, dans la majorité des cas, la CMU serait délivrée uniquement à l'obtention de l'OPP. Par exemple, le bénévole de RESF (E7) m'explique :

« Ils ont une période où ils ne sont pas couverts. Il y a une période entre le moment où ils arrivent ici ces jeunes, ils sont mis en hôtel et on attend que le procureur prononce une OPP »

Je vais dans cette première partie d'analyse, décrire les quatre réseaux à partir des données issues des entretiens réalisés avec les acteurs. Pour une meilleure représentation de ces réseaux, j'ai réalisé quatre schémas.

Ces schémas représentent tous les acteurs en jeu et leur capacité de prise en charge des jeunes MNA en fonction de leur prise en charge ou non par l'ASE, de leur inscription à la CMU-c ou à l'AME. Ils montrent également, par des flèches, si des orientations des jeunes sont réalisés d'un dispositif à un autre. Ces flèches apparaissent uniquement si une orientation m'a été signalée au moins dans un entretien. Si aucun des interviewés n'a signalé d'orientation, cela ne veut pas dire qu'il n'y en a pas dans la pratique.

11 Comme mentionné auparavant dans le contexte, les mineurs protégés par l'ASE bénéficient de la CMUc et à défaut d'être protégés par l'ASE, tous les mineurs ont le droit à l'AME.

MNA pris en charge par l'ASE ayant une couverture maladie (CMU-c)

Les jeunes ayant obtenu une OPP - et donc en général bénéficiaires de la CMU-c - sont souvent hébergés par des structures relais (UTOA, MECS, FJT) ou parfois encore dans des hôtels sous la responsabilité du foyer de l'enfance. Pour les plus fragiles, un centre d'hébergement a ouvert à Clapiers où un éducateur est présent 24h/24.

E4 : « Une structure qui est mise en place, le set MNA, qui accueille tous les publics les plus fragiles. Priorité aux jeunes filles, pour le moment il n'y en a qu'une, les plus jeunes et les profils un petit peu plus fragile qu'on a pu repérer. » [IDE n°1 FDE]

Le foyer de l'enfance initie toujours la prise en charge en santé puis donne le relais aux structures d'hébergements.

Par exemple, le directeur d'UTOA (E6) m'explique que :

« lorsque les jeunes sont accueillis à l'association UTOA, ils ont eu forcément en amont un passage par le foyer départemental de l'enfance et la famille où un médecin et des infirmières démarrent les premiers soins et même les prémices du dossier médical et notamment une détection ou en tout cas une recherche des maladies tropicales. »

Ceci est confirmé dans l'entretien de l'éducateur de UTOA.

Dans le cadre du dépistage, du suivi et traitement des maladies infectieuses, le FDE et UTOA orientent les MNA vers les structures hospitalières et de santé publique : le CLAT, le CeGIDD, le pédiatre spécialisé dans les hépatites ou le MIT si besoin :

E11 : « Il y a un gros partenariat qui est fait aussi avec le CLAT. Là c'est pareil, c'est obligatoire, ils recherchent la tuberculose. Ou sinon ça peut être la bilharziose qui peut être détectée et là ça se gère avec le MIT. Et là c'est pareil les médecins sont... les hépatites aussi avec des médecins du CHU, avec un traitement à prendre, un suivi. » [Educateur UTOA]

Pour avoir des avis de spécialistes ou des examens complémentaires, le foyer de l'enfance orientent vers le droit commun, c'est-à-dire vers la médecine libérale :

E2 : « Il y a aussi un médecin du sport, c'est un nouveau à qui je commence à en envoyer pas mal. » [Médecin FDE]

E4 : « On a un centre d'imagerie juste à côté. On y est tout le temps » [IDE n°1 FDE]

Pour le suivi gynécologique des jeunes femmes, une orientation vers la PMI est privilégiée, dont l'accès est gratuit et sans condition :

E4 : « On a un partenaire en gynécologie, il faut quand même le dire parce que même si on n'a pas beaucoup de filles. On a le Dr ., qui est à la PMI. » [IDE n°1 FDE]

Ceci dit, à la différence des structures d'accueil relais, le FDE n'oriente pas les jeunes mineurs vers un médecin généraliste traitant. Le FDE a fait le choix pour le moment de centraliser les informations au sein de l'unité de soin et ne pas multiplier les intervenants.

E4 : « C'est le médecin du foyer de l'enfance qui est responsable. Et toujours pour le même souci... si chacun fait... enfin voila je pense que ça peut faire doublon pour les vaccins, pour pleins de choses. C'est important que ça soit un seul médecin qui gère. » [IDE n°1 FDE]

Alors que l'association UTOA, qui n'a pas de médecin au sein de sa structure semble pousser les jeunes à choisir un médecin traitant :

E6 : « Donc ces jeunes sont suivis par des médecins référents et de quartier, [...] qui sont médecins généralistes. » [Directeur UTOA]

Dans le cadre de la santé mentale, les structures départementales (FDE, UTOA), orientent vers le médecin spécialisé en IMO à MDA34 et le centre Frantz Fanon :

E14 : « Après on travaille avec pleins de partenaires qui nous orientent des personnes. Spécifiquement pour les MNA, [...] il y a aussi UTOA, le conseil départemental, le foyer de l'enfance. » [Centre FF]

E14 : « on va faire un système de co-animation avec la présence de la MDA. » [Centre FF]

E2 : « Sur le plan psy, [...] à la Maison Des Ado, Dr... qui est endocrinologue à la base mais qui a fait une formation pour les états de Stress Post-Traumatiques, et qui pratique le EMDR. J'essaye de lui adresser les jeunes. » [Médecin FDE]

Le CLAT aussi oriente vers la MDA, pour une prise en charge globale, de bien-être, de soutien, de plaisir ou de rencontre :

E1 : « Les contacts qui ont été pris c'est plutôt avec la MDA où il y a psycho, éducateurs, et puis il y a aussi des activités, que je trouve de grand intérêt. » [CLAT]

Parfois, ces même structures regrettent le partenariat avec RAIH et semblent assez dépourvues :

E2 : « J'aimais bien les orienter vers RAIH, surtout quand je voyais qu'ils s'ennuyaient. Mais depuis la fermeture, ça a changé. J'avais tendance à leur dire « Allez voir RAIH ». Et maintenant je ne sais pas trop quoi leur proposer. » [Médecin FDE]

Au sein de l'hôpital, entre les spécialistes, des orientations réciproques sont faites pour ces jeunes :

E3 : « Donc il y a des inter-relations avec les gens du MIT qui gèrent un peu la problématique de ces maladies sexuellement transmissibles et avec les gens du CLAT. » [Pédiatre]

Le médecin généraliste interrogé reçoit des jeunes protégés ayant la CMU-c, adressés par une structure relais. Elle oriente les jeunes à tous les correspondants habituels en fonction des besoins :

E15 : « tous mes correspondants acceptent ces jeunes, ils ont tous la CMU. Je sais pas si tu as besoin de faire un bilan gastro, il a la CMU. » [Médecin libéral]

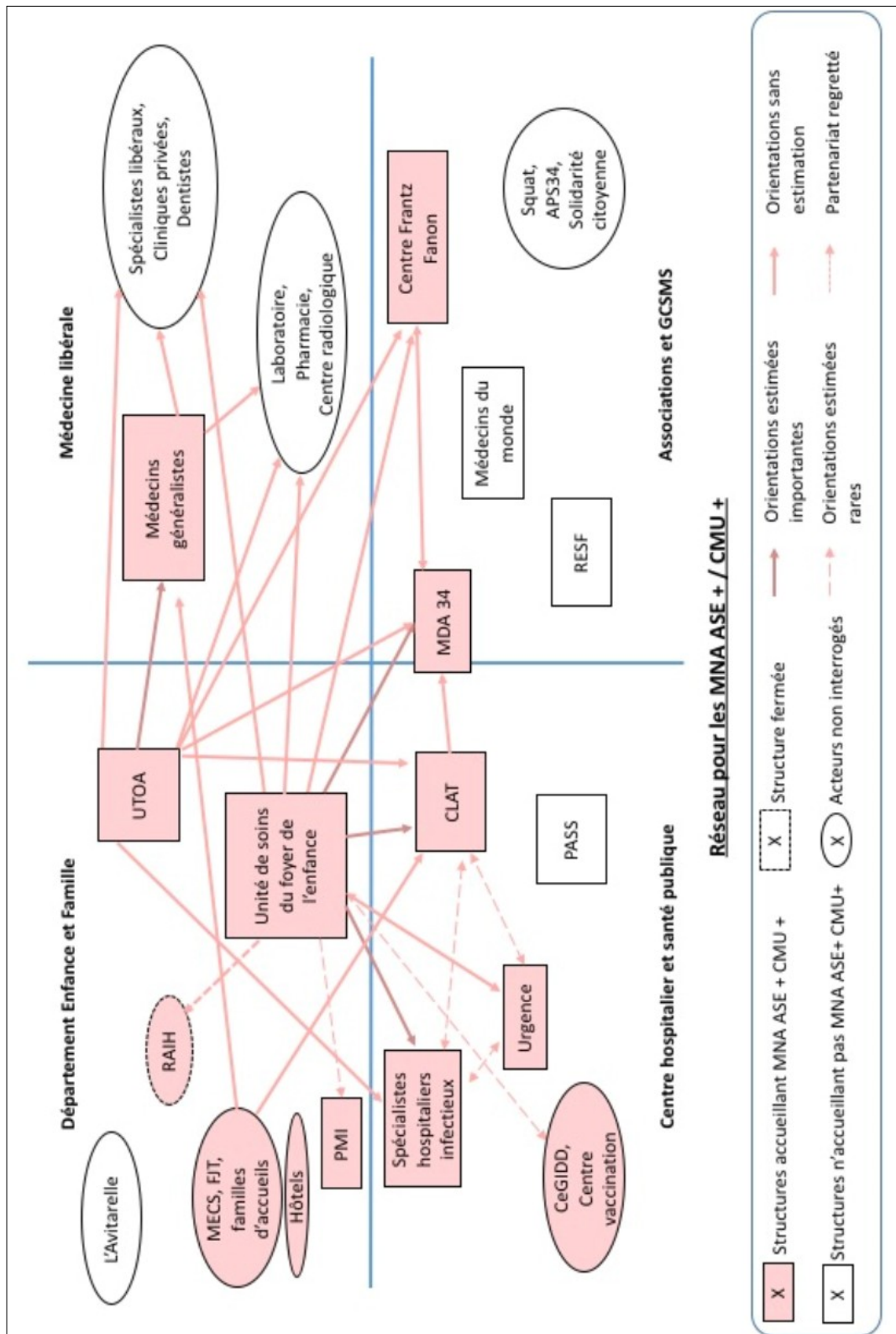


Figure n° 8 : Réseau de santé pour les MNA protégés par l'ASE avec couverture sociale de Montpellier

MNA mis à l'abri par l'ASE, n'ayant pas de couverture maladie

Les jeunes mis à l'abri durant leur évaluation n'ont pas de couverture maladie. Ils sont majoritairement hébergés à l'hôtel et restent théoriquement sous la responsabilité du foyer de l'enfance.

D'après les acteurs interrogés, l'unité sanitaire du foyer de l'enfance a des difficultés pour recevoir l'ensemble de ces jeunes. La plupart ne bénéficierait pas de tout le protocole de dépistage et d'orientation habituel souhaité et réalisé par l'unité sanitaire du FDE. Cependant, en cas d'urgences ou de demandes pour un problème aigu, ils sont reçus par le médecin du foyer de l'enfance. Et en cas de véritable urgence, le jeune est orienté vers le service d'urgence du CHU.

E4 : « Et bien sûr, on sait que, en ce moment, il y a quarante cinq jeunes¹² qu'on ne voit pas, mais si jamais il y a des demandes d'urgences pour ces jeunes là, on les fait. Mais on ne va pas faire tout le protocole qu'on a mis en place pour les autres. » [IDE n°1 FDE]

Pour ces jeunes, les orientations vers le CLAT pour les dépistages ont été, de fait, évaluées comme « rare » :

E1 : « Honnêtement, c'est rare qu'ils soient en cours d'évaluation [de la minorité] car il y a tellement d'attente. Avant qu'ils arrivent au CLAT, je dirais qu'ils ont déjà vu le médecin, ils sont plutôt avancés. » [CLAT]

Il arrive que ça soit l'Avitarelle qui adresse ces jeunes au médecin du foyer de l'enfance s'ils dépistent un besoin médical relativement urgent :

E2 : « Après au niveau partenaires, on a aussi l'Avitarelle, ils nous appellent quand ils ont un truc sur le plan médical pendant l'éval. » [Médecin FDE]

A défaut d'une véritable couverture maladie, des bons médicaux sont délivrés par le conseil départemental de manière individuelle et contrôlée si le médecin du FDE prescrit des examens complémentaires ou demande des avis spécialisés.

E4 : « Et quand il n'y a pas de CMU, il faut passer par les services financiers pour avoir un bon médical. C'est-à-dire un engagement de paiement. » [IDE FDE]

12 L'acteur interrogé m'a bien signalé que les chiffres donnés n'étaient pas certains, ni vérifiés. C'était uniquement pour « avoir une idée ». Idem pour tous les chiffres issus des entretiens.

Ce système de bons serait également utilisé pour les autres mineurs non étrangers protégés par l'ASE.

E4 : « Ces bons médicaux sont aussi utilisés pour les autres jeunes non MNA aussi. » [IDE FDE]

L'unité sanitaire du FDE doit demander à chaque fois un bon médical aux administrations.

D'après deux interviewés, il arrive que les jeunes se retrouvent parfois obligés d'aller à MDM ou RESF :

E7 : « Pendant cette période-là, ils ont une période d'incertitude, il y a bien un médecin qui peut les consulter mais ils n'ont pas encore la CMU. Donc eux, on les voit de temps en temps parce qu'ils viennent nous voir. » [RESF]

E9 : « Alors ça peut arriver qu'on ait des jeunes orientés qui sont pris en charge par l'ASE, ceux qui sont à l'hôtel par exemple, ils peuvent néanmoins nous être adressés. » [Coordinateur MDM]

Enfin, la MDA et le CFF sont des structures qui accueillent les MNA peu importe leur statut ; ils peuvent donc être amenés à accompagner des MNA en attente d'évaluation :

E14 : « Les consultations sont gratuites, sans condition ni d'âge, ni de statut. » [CFF]

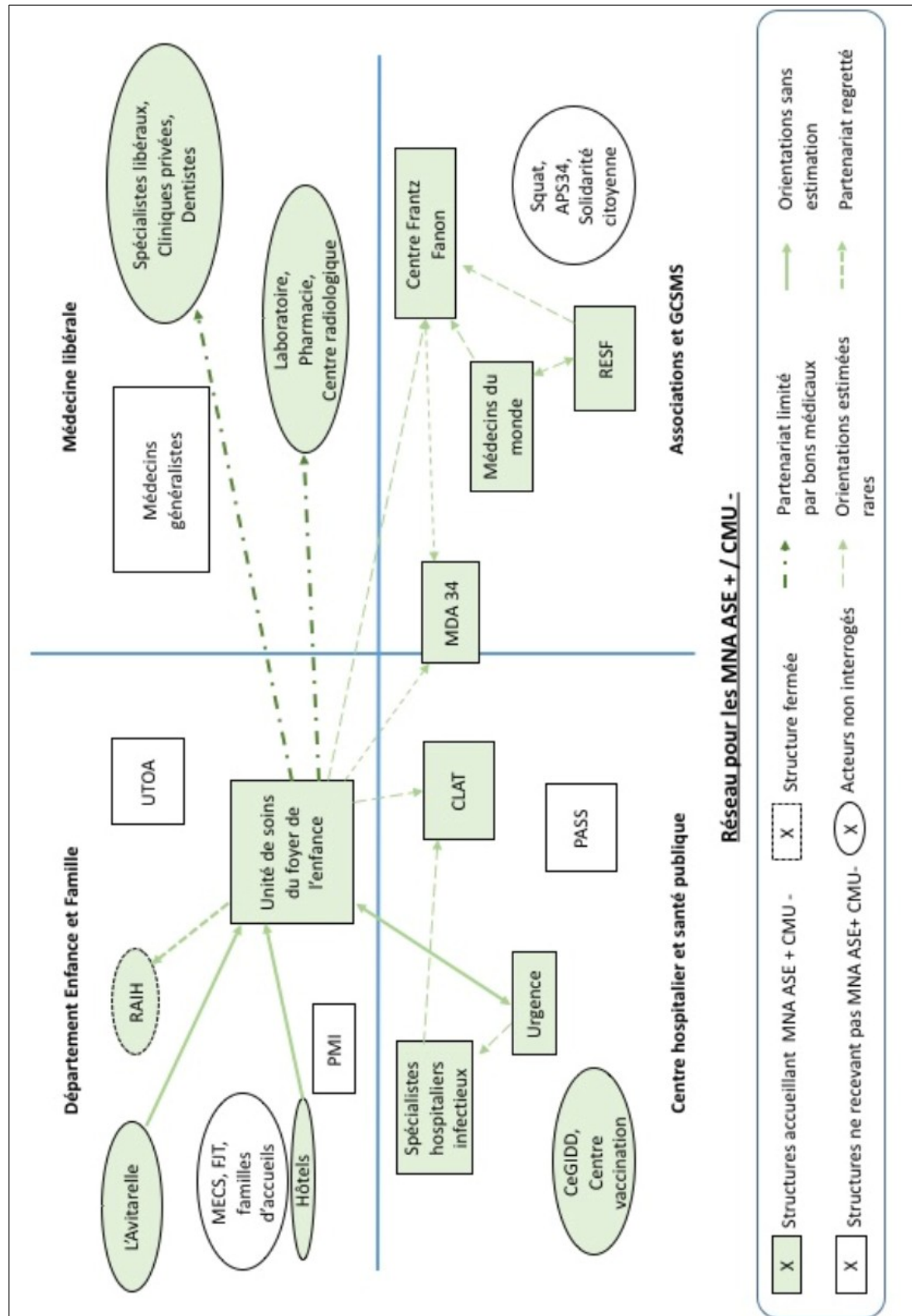


Figure n° 9 : Réseau de santé des MNA protégés par l'ASE sans couverture sociale à Montpellier

MNA hors ASE, sans couverture maladie

Dans quelle situation des jeunes MNA se retrouvent-ils en dehors de toute protection de l'ASE ?

- Soit ils n'y sont pas encore admis, car ils viennent d'arriver sur le territoire et n'ont pas encore été repérés et mis à l'abri.
- Soit ils ne souhaitent pas être pris en charge par l'ASE. Souvent, ce sont des jeunes décrits comme « errants » selon la typologie de A. Etienne.
- Soit, ils sont sortis de l'ASE, parce qu'ils ont fugués, ou parce qu'ils n'ont pas été reconnus mineurs ou isolés.

Pour l'hébergement, la solidarité citoyenne, les squats et la rue sont les seules options pour ces jeunes.

Le réseau associatif prend le relais dans ce cas là.

Médecins du monde devient alors un acteur central pour la prise en charge de la santé et des aspects sociaux de ces jeunes :

E9 : « Le public, ceux qui sont hors. Alors hors, soit parce qu'ils y sont jamais rentrés, soit parce qu'ils en sont sortis. Les deux situations se produisent mais c'est vraiment la grande majorité. »

[Coordinateur MdM]

Ils sont orientés par différents biais, associatifs ou citoyens.

E9 : « Je dirais que la majorité des MIE qu'on voit nous est plutôt adressée par des collectifs qui les accompagne, ça peut être la CIMADE, RESF, parfois des individus et il arrive parfois, c'est moins fréquent, il arrive que certains se présentent directement auprès de nous. » [Coordinateur MdM]

Particulièrement pour la prise en charge de la santé mentale, MdM a ouvert des consultations en interne avec un psychologue :

E9 : « On fait des orientations en interne sur la consultation souffrance psychique qu'on a ouvert il y a un peu plus d'un an maintenant avec un psychologue. » [Coordinateur MdM]

Mais le nouveau CFF devient le pilier de la prise en charge psychique pour ces jeunes :

E9 : « Mais à l'avenir on va plutôt travailler avec le Centre Frantz Fanon, qui a ouvert, mais qui a ouvert depuis peu. » [Coordinateur MdM]

E14 : « Spécifiquement pour les MNA, les orientations se font pas mal par les associations, ou les réseaux citoyens, les personnes des squats qui sont venues spontanément. » [CFF]

Pour une prise en charge globale, juridique et sociale, MdM s'appuie sur RESF :

E7 : « On les conseille pour la scolarisation bien sûr, pour l'hébergement, toutes les démarches pour essayer de régulariser leur situation, leurs papiers, faire venir des papiers authentifiés de leur pays l'origine, les faire authentifier par leur ambassades, défendre sur un point juridique pour essayer de régulariser leur situation. » [RESF]

La MDA 34 ouvre ses portes également à ces jeunes et s'occupe de l'accompagnement culturel, des loisirs et du bien-être.

C'est pour les jeunes dans cette situation que la présence de RAIH fait aujourd'hui défaut aux autres acteurs intervenant auprès de ces jeunes :

E9 : « Alors tout le temps où il fonctionnait on a beaucoup travaillé avec RAIH, pour les jeunes qui se présentaient non pris en charge et non accompagnés. C'était pour nous la première orientation, dans la mesure où par la suite, c'est RAIH qui pouvait les accompagner, les faire rentrer dans le parcours de l'évaluation. » [Coordinateur MdM]

E7 : « Il y avait une association qui existait qui s'appelait RAIH qui les recevait le matin. Donc déjà ils pouvaient discuter, plutôt que de rester tous seuls à l'hôtel à tourner en rond. [...] Il y avait un accueil bienveillant. Et comme le Département a coupé toutes les subventions à cette association, il y a plus rien. Ils sont complètement laissés à l'abandon... » [RESF]

Les associations orientent si nécessaire et pertinent le jeune vers l'ASE pour une mise sous protection, celle-ci se fait par le biais du commissariat.

E9 : « Il fallait qu'ils passent par le commissariat. Donc il nous est arrivé de faire des orientations vers le commissariat de ce fait. » [Coordinateur MdM]

Les intervenants au sein de MdM orientent vers la PASS dans le cas où les mineurs ont un problème de santé nécessitant un bilan en urgence relative. Dans le cas où il n'est pas possible d'attendre l'obtention d'une couverture sociale. Le médecin bénévole fait alors une fiche de

liaison à la PASS et prend rendez-vous pour le jeune. Il aurait ainsi accès au plateau technique du centre hospitalier ainsi qu'à des examens complémentaires.

E15 : « Sinon globalement on attend qu'ils aient une protection sociale pour faire des examens si ça peut attendre. Et si il y a pas le temps c'est la PASS, on les oriente à la PASS si pas de protection sociale et pas le temps d'attendre cette protection. Et si vraiment c'est urgent urgent, on les envoie aux urgences avec un courrier spécifiant la nécessité de les adresser au service social du CHU. »

[Médecin bénévole MdM]

Cependant en interrogeant l'AS de la PASS, la structure n'a pas reçu de jeunes MNA depuis plusieurs mois, et très rarement depuis quelques années. De plus, d'après elle, les jeunes reçus étaient plutôt adressés par RAIH, et pas par Médecins du monde.

E13 : « Avant, on en avait un petit peu plus, mais depuis deux ou trois ans, clairement on en a moins. » [PASS]

On peut expliquer ce phénomène par trois raisons :

- Ce sont des jeunes qui ont peu de pathologies chroniques qui nécessiteraient un bilan rapide. Les problématiques rencontrées nécessitent soit une prise en charge en urgence, soit elles peuvent attendre l'obtention de la couverture sociale (AME).

E9 : « C'est plutôt des problèmes de pathologie aiguë rarement urgente, donc on va pas être vraiment dans une logique d'orientation sur la PASS. Mais si on a besoin d'examens complémentaires, c'est par la PASS que ça passe. » [Coordinateur MdM]

- L'obtention de l'AME chez des mineurs n'est pas conditionnée par un délai de trois mois sur le territoire. Ce qui sous-entend que les délais d'obtention sont relativement courts pour ces jeunes.
- Les médecins à MdM sont bénévoles et de ce fait présents de manière sporadique, il est difficile d'avoir un recul sur ce qui se fait dans la pratique réelle.

Par ailleurs, il arrive que ces jeunes arrivent aux urgences sans l'orientation des associations :

E1 : « C'est plutôt ceux qui arrivent, pas par le circuit ASE, mais par la rue et qui arrivent par les urgences et qu'il faut prendre en charge et qui sont hospitalisés et n'ont encore pas la CMU. Eux, ils faut les dépanner. [...] En fait, les cas de tuberculose [maladie] ça arrive plus spontanément aux soins. Les urgences les envoient directement au MIT. Et après nous on est au courant et on va faire le suivi au MIT. » [CLAT]

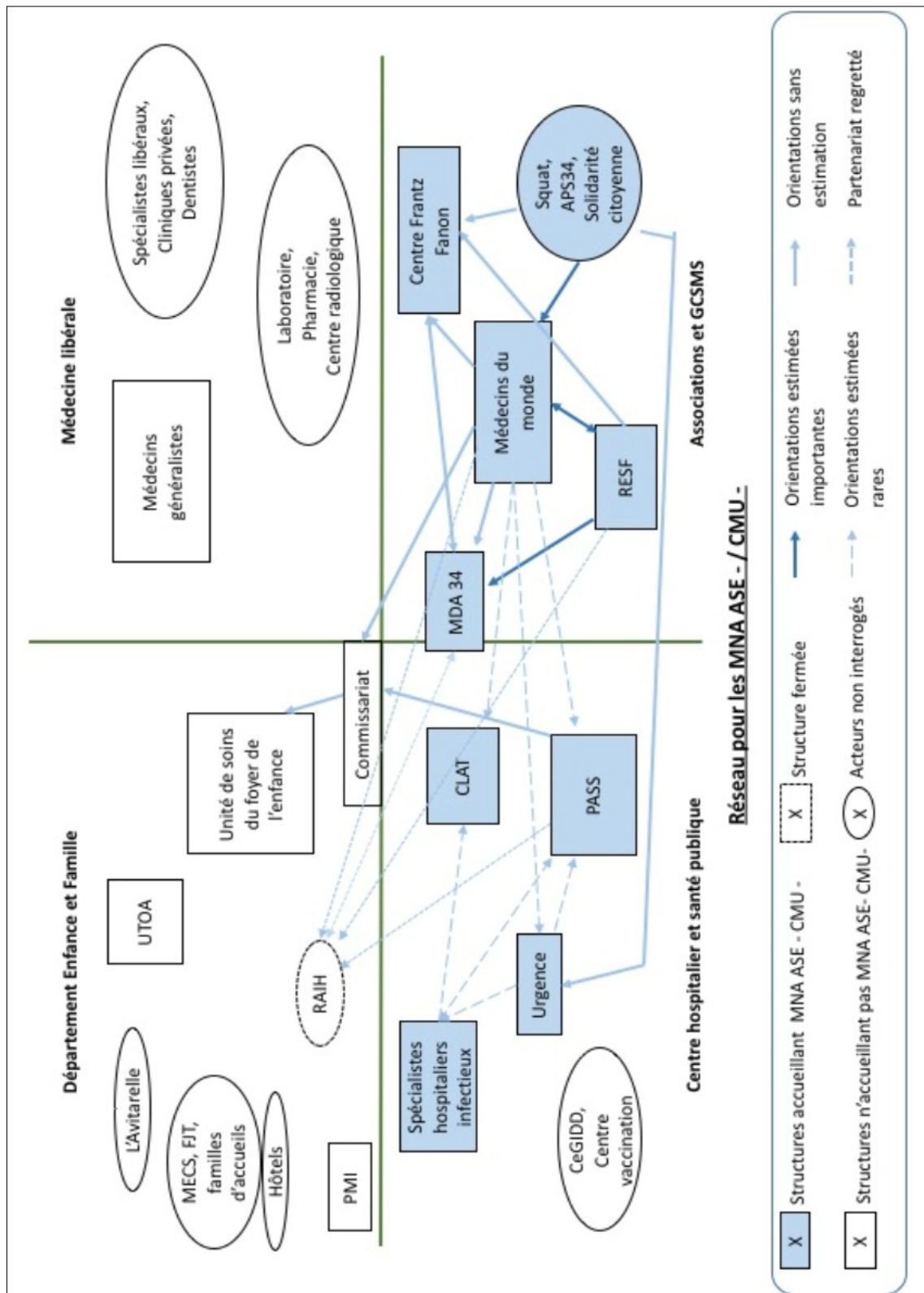


Figure n°10 : Réseau de santé des MNA non protégés par l'ASE et sans couverture sociale à Montpellier

MNA hors ASE, avec AME (ASE- / AME +)

Après obtention de l'AME - grâce essentiellement aux associations (RESF, MdM) -, les jeunes ont accès à la médecine libérale de droit commun et accèdent aux services du centre hospitalier.

La médecine libérale et particulièrement le médecin généraliste devient alors l'acteur central de leur santé. MdM et la PASS orientent les MNA vers un médecin généraliste qui prend la relève :

E13 : « Après quand ils obtiennent leur droits, ils sont réorientés vers la médecine libérale. » [PASS]

RESF poursuit pour ces jeunes la prise en charge sociale et juridique.

N'ayant pas obtenu d'entretien avec un médecin généraliste prenant en charge ces MNA, je n'ai pas représenté les flèches d'orientation entre médecin généraliste et les autres acteurs, ce qui ne veut pas dire que ces orientations n'existent pas. Mais nous pouvons supposer que le professionnel fasse marcher son réseau habituel en fonction des besoins de santé comme pour n'importe quel patient.

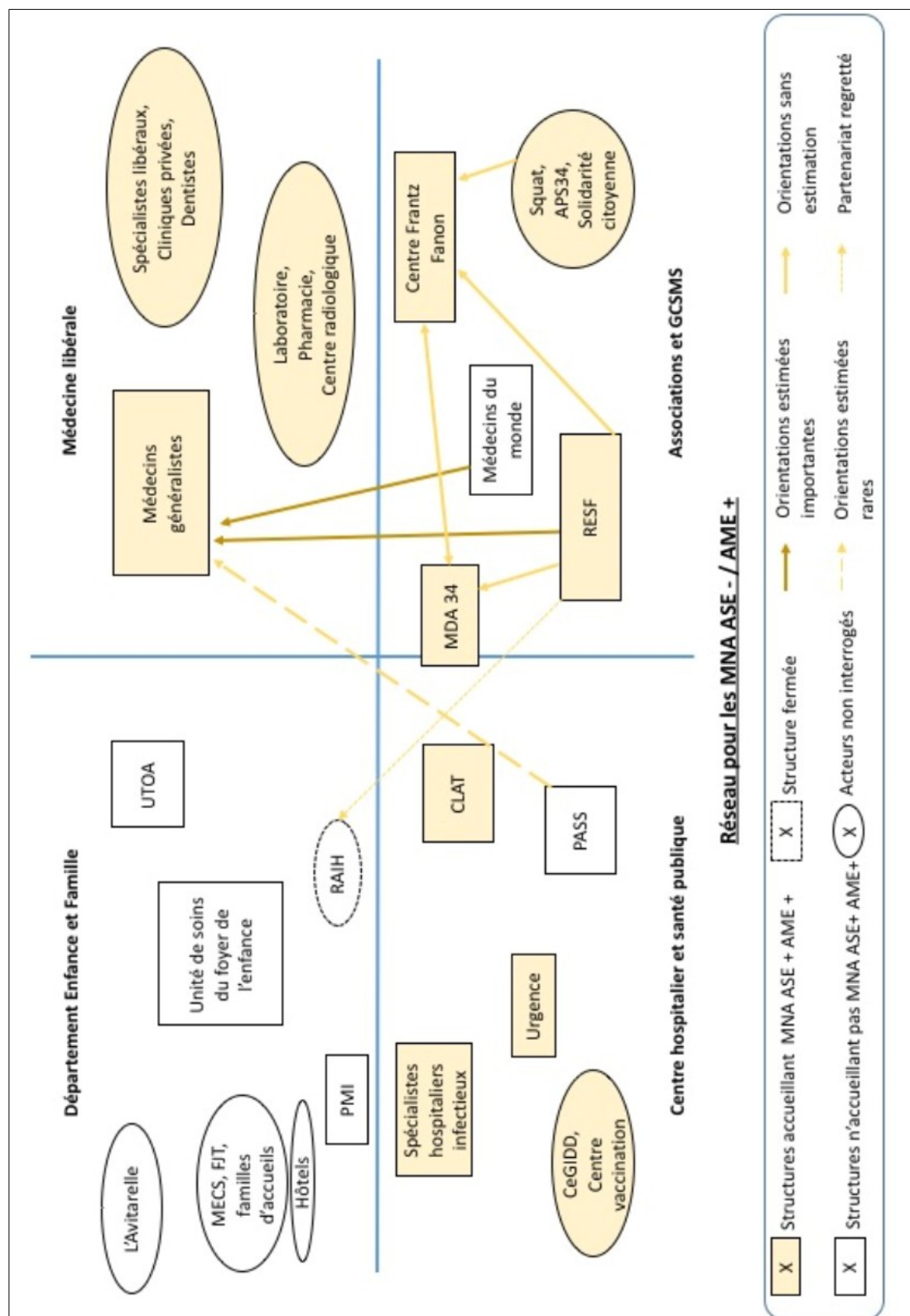


Figure n°11 : Réseau de santé des MNA non protégés par l'ASE bénéficiant de l'AME à Montpellier

Le statut juridique des jeunes, l'avancement de leur évaluation et la couverture médicale à laquelle ils accèdent conditionnent donc les soins auxquels ils ont accès et leurs parcours de santé. Les jeunes reconnus mineurs et pris en charge par l'ASE peuvent accéder à un dépistage, un suivi et des soins plus conséquent. Au foyer de l'enfance, bien que leur médecin généraliste soit interne à l'ASE, ils ont accès à des dispositifs de droits commun si nécessaire, d'après les entretiens réalisés. Alors que les MNA en attente d'évaluation ont un accès aux soins plus restreint et les MNA non reconnus mineurs ou non pris en charge encore plus limité par le biais d'acteurs particuliers, associatifs ou externe au droit commun.

3.2.2. Coordination entre les acteurs jugée imparfaite

3.2.2.1. Réseau jugé insuffisant

Il a été rapporté par plusieurs interrogés que les liens entre les structures engagées dans cette prise en charge existent mais sont insuffisants.

E8 : « Mais on se coordonne beaucoup. Il y a un vrai échange avec le foyer de l'enfance, enfin, il y en a un, il est jamais suffisant mais il y en a un. » [Gynécologue]

E11 : « Même à l'admission, on reçoit des jeunes pour qui on a tout un dossier bien complet et d'autres pour qui il n'y a rien. Pourquoi ? On ne sait pas. On contacte le foyer de l'enfance, le médecin ou les infirmières et ils disent « Ah mais il est chez vous lui, je savais pas ». Même entre eux, ils ne communiquent pas. » [Educateur UTOA]

Et ceci, particulièrement entre le réseau associatif et les structures départementales :

E9 : « En revanche, ce qui est un peu plus, peut-être curieux, c'est qu'on a eu peu de rapport avec l'ASE. Il nous est arrivé d'avoir des rapports avec le foyer de l'enfance mais finalement c'est beaucoup plus ténu. Alors ça va p'tre changer. » [Coordinateur MdM]

Ce manque de communication et de lien entraîne parfois des incompréhensions ou des tensions entre les acteurs :

E9 : « Après on a eu avec le foyer de l'enfance des rapports, alors c'est pas vraiment des rapports de partenariat parce qu'on en a vraiment jamais discuté, [...] Parce qu'on a eu des cas d'incompréhension en tout cas. » [Coordinateur MDM]

Ceci aurait une répercussion sur la coordination de santé qui semble, par conséquent, imparfaite selon les acteurs :

E1 : « Je me pose un peu la question de l'annonce et du manque évident du lien entre nous quand même. [...] Je sens une prise en charge un petit peu éclatée. » [CLAT]

L'exemple le plus représenté lors des entretiens de ce manque de coordination est la difficulté à réaliser des transmissions entre acteurs :

E2 : « J'avoue que ça m'embête un peu, on se casse la tête à faire des bilans, faire des trucs et tout, en plus ils sont rarement motivés. Si c'est pour que le médecin, deux ans plus tard il se retrouve à dire « bon ben je ne sais pas ce qui a été fait ». » [Médecin FDE]

A échelle plus large, on retrouve la même difficulté. Il semble qu'au niveau inter-départemental ou plus largement international, il n'y aurait aucun échange ou transmission :

E3 : « Une chose qu'il manque beaucoup, c'est le liant inter-régions, en tout cas sur le plan médical, ça c'est catastrophique. On n'arrive pas à récupérer ce qui a été fait, il n'y a pas de transmission. Ce n'est pas satisfaisant sur un plan humain et sur un plan médical. » [Pédiatre]

E5 : « Ce qui me désespère c'est ça, on est sur des jeunes qui ont déjà eu des examens, des dépistages en Italie ou en Espagne, et qu'il n'y a pas de suivi. C'est à dire que... au niveau européen, on est capable de faire suivre leurs empreintes mais pas... [sourires] les démarches médicales, donc chaque pays dépense un pognon de dingue pour faire des dépistages, des bilans sang. [...] Il n'y a aucun suivi au niveau international. » [IDE FDE]

E5 : « Ce qui est dommage, c'est sur la globalité, il faudrait uniformiser tout ça et que les infos elles transitent, on est au 21ème siècle. » [IDE FDE]

3.2.2.2. Quelques facteurs en cause selon les acteurs:

Les entretiens m'ont donné quelques pistes explicatives à ces transmissions, liens et orientations difficiles rendant la coordination imparfaite :

- Méconnaissance du réseau par les acteurs :

Les acteurs ne savent pas toujours à qui transmettre les informations médicales :

E3 : « *Parce qu'après les courriers... les courriers avec les associations etc je ne sais pas comment c'est géré. Je ne sais pas qui les lis, j'en sais rien. Parce que j'ai rarement de correspondant médical à qui adresser ces courriers. C'est un peu compliqué.* » [Pédiatre]

E2 : « *Le problème c'est de savoir à qui transmettre.* » [Médecin FDE]

Ils ne savent pas toujours non plus vers quel professionnel orienter en fonction des besoins:

E13 : « *Mais depuis que RAIH a fermé, je ne sais même pas qui a pris le relais de RAIH.... Faut dire qu'on est pas hyper informé non plus...* » [AS PASS]

E14 : « *Je me rends compte au fil des mois que les professionnels sont très mal informés de la prise en charge psy.* » [Centre FF]

Parfois, ils ont de mauvaises informations :

E1 : « *je sais qu'il y a des psychologues plutôt bénévoles ou qui ont été recrutés notamment par UTOA.* » [CLAT]

- Multiplication des référents, des acteurs de santé

Plus il y a d'intermédiaires entre les acteurs, plus il y a des risques que l'information se perde :

E4 : « *Plus il y a d'intermédiaires, plus il y a des contraintes géographiques, plus il y a des risques d'échecs... Il y a beaucoup de rendez-vous non honorés.* » [IDE FDE]

Au sein de l'association MdM, les consultations sont assurées par de nombreux médecins bénévoles et non pas par un unique médecin, ce qui complique la coordination de santé :

E15 : « *Alors qu'à médecin du Monde, c'est compliqué de les faire suivre, tu les vois une fois, tu les revois pas forcément, et ils sont revus par d'autres médecins, c'est plus compliqué.* » [Médecin bénévole MdM]

Le médecin du CLAT (E1) sous-entend par la phrase « *C'est encore d'autres interlocuteurs* » que beaucoup d'acteurs interviennent dans le dépistage et la prise en charge des maladies infectieuses de ces jeunes et ceci complique la coordination entre eux.

- Changement d'acteurs

Il arrive souvent dans une organisation sociale de santé qu'il y ait un turn-over de professionnels ou les bénévoles changent.

Le médecin du CLAT explique très bien ce facteur par cette phrase :

E1 : « Le changement d'acteurs, il faut tenir à jour et se réinvestir à chaque fois avec les nouveaux acteurs. Ça demande un petit effort » [CLAT]

- Changement fréquent de situation du jeune

Parfois, le changement de structure d'accueil ne peut être anticipé à l'avance et les transmissions sont difficiles à faire suivre :

E2 : « Le problème c'est qu'on n'est pas forcément toujours mis au courant assez tôt et parfois il faut faire le dossier de sortie en moins de trois jours. Mais oui ,on essaye de transmettre tout ce qui est possible. » [Médecin FDE]

E4 : « Il y a des jeunes qui sont en difficultés, parce que pleins de choses viennent d'être diagnostiquées, le jeune part à ce moment-là et on se dit qu'ils vont être complètement démunis. » [IDE FDE]

Dans certains cas, c'est le changement de statut du jeune et par conséquent de situation sociale qui rendent difficiles les transmissions :

E2 : « Et si ils ne sont pas reconnus mineurs, je ne les vois plus et là il n'y a pas de transmission parce que faudrait que je sache déjà où ils vont. » [Médecin FDE]

E2 : « Ce qui m'embêtait c'est quand ils deviennent majeurs. Normalement quand ils sont majeurs, c'est plus moi qui les suit. Mais ils sont pas du tout au courant de comment ça se passe et du coup, leurs dossiers sont archivés [...] rien n'est transmis à qui de ce soit, c'est un peu frustrant. Pas de transfert vers la médecine de ville. » [Médecin FDE]

Enfin, la mobilité inter-départementale des MNA due à un changement de situation, est un facteur à risque pour la continuité du suivi des soins:

E3 : « Ce sont des enfants qui de temps en temps disparaissent de la région soit parce qu'ils ont été pistés par la PAF, ils se sauvent et ils fuient, soit parce qu'ils ont été déplacés sur une autre région et on perd complètement le suivi et on a aucune idée, enfin moi en tout cas, j'ai aucune idée de où ils sont allés, donc j'ai aucun moyen de transmettre un dossier de suivi, ça c'est un vrai problème. »

[Pédiatre]

E8 : « Y en a, elles sont placées, mais loin, à ce moment-là elles disparaissent et si elles partent dans un autre département c'est terminé. Alors ça c'est rude. » [Gynécologue]

Or, la gynécologue me précise :

E8 : « Nous ne sommes pas interchangeables, la relation c'est singulier. » [Gynécologue]

Résumé :

Le réseau d'acteurs de santé est jugé quasiment unanimement par les personnes interrogées comme insuffisant, parfois même inexistant, sur Montpellier, mais également à plus large échelle au niveau inter-départemental et international. Les transmissions et les informations ne seraient pas toujours correctement échangées. Aussi, la communication ne serait pas toujours facilitée.

Plusieurs pistes d'explications m'ont été données au cours des entretiens. Premièrement, la mauvaise connaissance des acteurs du réseau lui-même ne faciliterait pas les échanges. Deuxièmement, le changement fréquent de situation des jeunes avec une mobilité territoriale complique les transmissions. Enfin, la multiplication des référents et des acteurs augmente le risque d'erreur et de perte d'information. Plus rarement, le changement d'acteur demande un effort de réorganisation pour le réseau, ce qui complique la coordination.

Ceci a une conséquence directe sur la coordination de santé et la qualité des soins (des résultats perdus, des examens multipliés, des dépenses inutiles). Le parcours de santé des jeunes est par conséquent plus complexe et imparfait.

3.3. Des besoins de santé jugés importants mais des réponses insuffisantes

3.3.1 Des besoins en santé importants

3.3.1.1. Des enfants vulnérables...

A plusieurs reprises lors des entretiens, les acteurs ont rappelé que les MNA sont avant tout des enfants vulnérables et isolés :

E12 : « Ce sont quand même des enfants. » [Médecin MDA]

E3 : « Ils sont tellement [...] très vulnérables sur un plan psycho-émotionnel. » [Pédiatre]

E7 : « Faut être sérieux, c'est des jeunes qui sont fragiles, qui sont laissés tout seuls. » [RESF]

Il est précisé par certains que le parcours migratoire a souvent été extrêmement traumatisant, ce qui ajoute à leur fragilité :

E7 : « Beaucoup ont subi de réels traumatismes pendant leur voyage, la traversée de la mer, souvent en passant par la Libye, certains ont été réduits à l'esclavage, ont été en prison... » [RESF]

E11 : « Il y avait une petite fête avec des ballons de baudruches et je me suis amusé avec les ballons et je l'ai fait péter, le ballon et ben le gamin il s'est jeté par terre, comme si il se faisait tirer dessus et après il m'a dit qu'il était passé par la Libye et qu'il y a des armes à feu, que ça tire, c'est des parcours... Voilà, j'ai un autre jeune qui a été torturé à l'électricité... » [Educateur UTOA]

3.3.1.2. ... Aux besoins physiques...

Différents acteurs mentionnent que les jeunes ont beaucoup de besoins en santé physique. Hormis les pathologies identiques et habituelles aux jeunes de cette tranche d'âge, il ressort des entretiens des besoins physiques particuliers : infectieux, dentaires et orthopédiques.

E2 : « Il y a beaucoup de demandes au niveau dentaire, douleurs dentaires... Après il y a souvent des douleurs, céphalée, des douleurs dorsales ou des trucs ortho, traumato... euh... troubles du sommeil. » [Médecin FDE]

E4 : « Il y a beaucoup de chutes, beaucoup de problèmes avec le foot, beaucoup d'entorses. » [IDE
FDE]

E1 : « ils font partie du public venant de zones de fortes d'endémies [de tuberculose] surtout pour tous ceux qui viennent d'Afrique noire et un peu d'Asie. Il y a eu quelques cas qui nous ont... qui ont attiré notre attention sur le fait de... de la réalité de ce risque de contamination et de maladie. »
[CLAT]

E6 : « Donc ce n'est pas rien, c'est peut-être le fruit du hasard mais c'est vrai qu'en ce moment au niveau des maladies tropicales on a pas mal de situations de tuberculoses et d'hépatites. »
[Directeur UTOA]

Il a même été précisé par le pédiatre interrogé que depuis l'arrivée de ce nouveau public, les MNA, il y a une émergence récente de pathologies infectieuses en pédiatrie, qui n'existaient pas avant :

E3 : « J'étais interpellé à une ou deux reprises, il y a un an et demi maintenant pour des mineurs isolés, ça venait soit du CLAT, soit du MIT, soit d'un petit peu partout. [...] sur des avis sur des sérologies positives, qu'elles soient hépatites B ou qu'elles soient syphilis ou infectieuses en règle générale. » [Pédiatre]

E3 : « On a plusieurs enfants, maintenant qui sont sous traitement devant une hépatite B chronique active avec des stades de cirrhose à seize ans, avec des charges virales démesurées. » [Pédiatre]

E3 : « On ne faisait pas d'hépatite B en pédiatrie, [...] et j'ai à ce moment-là décidé d'ouvrir une consultation dédiée hépatite B dans laquelle pouvait être intégré n'importe quel patient. Mais au bout d'un an et demi d'existence, on se rend compte maintenant que la seule patientèle est celle de MNA, tous. » [Pédiatre]

3.3.1.3. ... Mais particulièrement psychiques

Il est souligné dans plusieurs entretiens l'importance des besoins psychiques pour ces jeunes. Pour les personnes interrogées, il semble que les besoins les plus importants chez ces mineurs sont ceux en santé mentale.

E7 : « Ils ont des besoins physiques et surtout psychologiques. » [RESF]

E14 : « Je trouve que les besoins psychologiques sont très très importants. » [CFF]

E15 : « Oh il y a beaucoup de psychosomatiques, de la bobologie mais beaucoup de souffrances psychiques qui s'extériorisent par le corps. » [Médecin généraliste]

Pour les interviewés, les souffrances observées peuvent être liées aux traumatismes vécus avant ou pendant le parcours migratoire, ou encore à l'isolement et l'instabilité de leur situation actuelle.

E1 : « Il y a quand même un besoin de soutien psychologique spécifique à la migration, à ce stress vécu, ces traumatismes vécus, les liens avec la famille certains ne l'ont pas, d'autres l'ont mais ils ont des soucis... » [CLAT]

E4 : « Il y en a beaucoup qui sont d'humeur très triste, qui ont envie d'abandonner, de partir... Qui n'ont pas de solution. » [IDE FDE]

E10 : « Ce sont des jeunes qui sont en général, et d'après les études si on a bien compris, qu'a mené Sylvain Gauthier, qui est un psychologue qui vient d'Annecy qui est venu faire une conférence à Montpellier, un peu plus de 70-75 % de ces MNA sont porteurs d'un syndrome post-traumatique dû à leur parcours. » [Coordinateur MDA]

3.3.2. Des réponses estimées insuffisantes, retardées ou absentes

3.3.2.1. Au sein de l'ASE, la prise en charge est jugée imparfaite

La prise en charge médicale, de soin¹³ proposée par l'ASE est estimée par quelques interrogés **correcte, satisfaisante** :

E2 : « Sur le plan médical, on arrive à se dépatouiller, même si il y a des petits freins administratifs, on retombe toujours sur nos pieds. » [médecin FDE]

E4 : « On se contente de petites victoires sur certaines prises en charges, [...] Certaines jeunes quand elles arrivent avec une contraception laborieuse, des lavages au Sprite par exemple, j'ai vu... [sourire] et t'as réussi à faire passer un message avec la pose de l'implant, rien que ça, tu es satisfait. » [IDE FDE]

Et ce, particulièrement au sein d'UTOA :

13 Soins au sens de réponse aux besoins sanitaires.

E11 : « Mais par contre le système de soin moi je trouve, il est bien fait. Nos jeunes ils sont bien soignés. » [Educateur UTOA]

E11 : « Dans l'ensemble ça tourne, moi je pense, les gamins ils demandent, ils ont... le kiné, le dentiste....C'est bien pris en charge, c'est suivi. » [Educateur UTOA]

E6 : « Sur le plan de la santé, ici au sein de la structure, l'accompagnement à la santé est satisfaisant. » [Directeur UTOA]

E11 : « C'est souvent des médecins très humains et même si il y a beaucoup de monde en salle d'attente, ils prennent le temps, c'est agréable, les consultations sont bien faites. » [Educateur UTOA]

Cette représentation s'explique probablement par le fait que dans cette structure, les jeunes sont moins nombreux qu'au foyer, ils ont quasiment tous la CMU et un accès à la médecine libérale.

Au sein du foyer, les acteurs sont satisfaits de leur liberté de moyen, de l'absence de contrôle sur les prises en charge :

E5 : « On ne vient pas me compter le nombre de compresses, comme dans certains services. Donc voilà, le truc qu'on a à faire, on nous prescrit un truc, on fait. » [IDE FDE]

E5 : « Après moi je trouve qu'on a les moyens, si ce n'est le temps. On a la liberté de travailler et la liberté de faire les examens que prescrit le médecin sans que personne pour l'instant... un jour on va nous dire « stop », mais non. » [IDE FDE]

On retrouve dans un entretien le sentiment que « c'est pire ailleurs » :

E5 : « Quelle que soit la pathologie, l'accès aux soins est possible sur l'Hérault. Sur Marseille par exemple, il n'y a pas d'accès aux soins tant qu'il n'y a pas d'OPP. » [IDE FDE]

Mais la plupart du temps, la prise en charge en santé est estimée **insuffisante**, même au sein de l'ASE.

J'ai noté dans plusieurs entretiens, que la prise en charge médicale au sein du foyer de l'enfance est décrite comme « light », « sommaire », c'est-à-dire insuffisante :

E9 : « [les MNA] qui étaient pris en charge mais avec un suivi que l'on sait qu'il est particulièrement light. » [Coordinateur MdM]

E11 : « Ils ont déjà rencontré le médecin du foyer de l'enfance ou d'autres médecins. Ils ont déjà un début de suivi qui est réalisé mais la plupart du temps c'est très sommaire. » [Educatrice UTOA]

E4 : « On essaye de faire au mieux. Je pense qu'il ne faut pas avoir trop d'ambition. C'est pour ça que quand vous me demandiez tout à l'heure quels étaient nos projets, nan. On n'en est pas trop dans la projection, on essaye de faire au jour le jour. » [IDE FDE]

En effet, il y aurait beaucoup de jeunes « **non-vus** », c'est-à-dire, des MNA mis à l'abri, qui ne voient jamais l'équipe médicale du foyer de l'enfance :

E4 : « Il y a quatre cent quarante jeunes MNA à prendre en charge, sachant qu'il y en a quarante cinq que nous n'avons pas vus. » [IDE FDE]

E4 : « On fait le mieux qu'on peut. On arrivera jamais à recevoir tous les jeunes. Là en ce moment il y a quarante cinq jeunes qu'on ne peut pas recevoir mais au moins le peu de MNA qu'on a, on essaye de faire tout, de prendre en compte toutes les demandes médicales qui se présentent . » [IDE FDE]

E5 : « Donc on ne voit pas tout le monde, donc ceux qui ne viennent pas la première fois, ils ne sont pas reconvoqués. » [IDE FDE]

E3 : « Je suis, à côté de ça, désespéré, parce que je sais, [...], la fil active potentielle de ces enfants qu'ils n'ont pas de temps de voir etc, et qui sont complètement laissés sans évaluation médicale pendant longtemps. » [Pédiatre]

Les délais de prise en charge seraient de plus en plus longs :

E2 : « Sauf que la fac [dentaire], au niveau de la prise de rendez-vous, c'est galère. Rien que pour avoir une date de rendez-vous tu mets un mois et demi, c'est super long. » [Médecin FDE]

E2 : « C'est compliqué au niveau des délais avec le CLAT parce qu'ils sont de plus en plus. » [Médecin FDE]

Les **suivis** sont estimés difficiles :

E5 : « Et parce que je considère qu'on n'est pas assez, sur les suivis, notamment ce qui me chagrine, sur les schémas de vaccination, on n'est pas au point. Parce qu'on n'a pas le temps. » [IDE FDE]

E6 : « On n'a pas les moyens humains de vérifier s'ils ont pris leur traitement ou non » [Directeur UTOA]

Et beaucoup de **rendez-vous ne sont pas honorés** :

E5 : « Après c'est sûr que le jeune qui ne vient pas, on n'a juste pas les moyens humains d'aller le chercher à l'hôtel. [...] Moi ma frustration c'est que sur le suivi euh... et je sais même pas s'il faudrait qu'on aille les chercher par le fond de la culotte... il y a un moment où... » [IDE FDE]

E4 : « On en convoque dix, parce que y en a toujours qui ne viennent pas. Cette semaine, aucun n'est venu par exemple » [IDE FDE]

E2 : « Il y a pas mal de consultations qui ne sont pas honorées » [Médecin FDE]

E1 : « Soit il vient, soit il ne vient pas. Il est encore dans la même structure et il y a plus de chance qu'il vienne. Ou il est déjà passé ailleurs et il y a des risques qu'il ne vienne pas, on va relancer, une fois, deux fois, comme on peut. » [CLAT]

Ces rendez-vous non honorés peuvent être dus, d'après les interviewés à des pertes d'informations :

E5 : « Après on sait que certains ont l'info, on sait qu'ils l'ont eu, ils viennent pas, et certains l'ont pas eu parce qu'elle a été zappée, parce que voilà... et sûr que y en a certains on les voit alors que ça fait cinq mois qu'il était là quoi... Passé à travers les mailles du filet. » [IDE FDE]

E4 : « Il y a des loupés. Plus il y a d'intermédiaires, plus il y a des contraintes géographiques, plus il y a des risques d'échecs... Il y a beaucoup de rendez-vous non honorés. » [IDE FDE]

Ou parfois, au phénomène « perdus de vue » :

E2 : « Après il y a vachement de perdus de vue... Yen a pleins où tu lances un peu des trucs, enfin pleins... Ye n pas pleins mais quand même... Tu lances des trucs et ça s'arrête au milieu, parce qu'ils ont fugués. » [Médecin FDE]

Les objectifs sont revus à la baisse par l'équipe de soin :

E4 : « Il y a des jeunes qui quittent le FDE sans avoir vu le médecin. C'est pour ça en ce moment il y a quarante jeunes en attente et c'est carrément possible que y en a qui soient orientés sur d'autres structures sans avoir vu notre médecin. Donc on se fixe pas d'objectif dans la prévention, ces trucs-là. Au début, c'est ce qu'on se disait mais c'était peut-être un peu trop utopique. Maintenant on essaye de faire au mieux... » [IDE FDE]

Toutes ces problématiques plutôt d'ordre organisationnel sont expliquées par les acteurs par l'insuffisance des moyens impartis conduisant à un manque de personnel et de temps.

E12 : « Il y a quelque chose qui est révoltant, c'est la prise en charge de ces jeunes, parce qu'il n'y a pas de moyens. [...] Ceux sont quand même des enfants. » [Médecin MDA]

Au sein de l'unité de soins du foyer de l'enfance, il est dit de manière assez unanime que l'équipe semble trop restreinte pour une prise en charge complète et optimum des jeunes mis à l'abri ou pris en charge par l'ASE, dont le nombre augmente de manière importante ces dernières années.

E2 : « Il faudrait quelqu'un en plus, qui fasse que de l'administratif, qui passe sa journée à prendre les rendez-vous... une secrétaire qu'on a pas. » [Médecin FDE]

E2 : « Après c'est pareil quand pendant la consultation d'admission il y a déjà quinze mille trucs, je le fais pas forcément mais j'essaye. » [Médecin FDE]

E5 : « Je sais pas comment on pourrait améliorer le truc... Je sais pas... Plus de monde ? Oui, oui. Ici, il pourrait y avoir un poste de plus hein. » [IDE FDE]

E5 : « Mais un médecin à 80 % et quatre cent quarante quatre jeunes en fil active, c'est juste impossible ! Plus tous les suivis, parce qu'elle ne les voit pas qu'une fois. » [IDE FDE]

E3 : « Alors que l'équipe médicale du foyer de l'enfance est quand même assez réduite, si je ne m'abuse. Même si il y a un nouveau médecin depuis pas très longtemps, ce n'est pas suffisant. »
[Pédiatre]

E6 : « Ils sont orientés avec un dossier médical qui est donc construit par le foyer départemental de l'enfance et la famille, dans la mesure où ils ont pu le faire correctement car ils n'ont pas toujours les moyens de le faire correctement. » [Directeur UTOA]

Plus largement, au sein du foyer de l'enfance et des structures mandatées, il est mentionné plusieurs fois que le nombre d'éducateurs par jeune est également insuffisant.

Au foyer de l'enfance :

E11 : « Ils sont trois éducateurs pour à peu près trois à quatre cents jeunes. Donc c'est vraiment de l'administratif pur et dur, très peu de contact humain et les gamins doivent compter sur leur autonomie. » [Educateur UTOA]

E2 : « Et d'ailleurs ça m'embête qu'on refuse des rendez-vous parce que y a personne pour les accompagner. J'essaye de motiver les éducateurs mais ils sont pas toujours dispos, ils sont débordés je pense. » [Médecin FDE]

Mais également à UTOA :

E11 : « On a neuf références par éducateurs et encore certains en ont neuf, d'autres douze... Pour moi, c'est trop. » [Educateur UTOA]

E11 : « Quand on a trop de jeunes, on ne peut plus. On manque de temps, de moyens. » [Educateur UTOA]

Ce manque de personnel semble créer un sentiment de frustration au sein de l'équipe médico-sociale :

E2 : « De temps en temps je suis un peu frustré quand je vois que les prises de rendez-vous, on a du mal à les prendre. Parce-que juste les filles, elles n'ont pas le temps de se poser plus un quart d'heure à leur bureau pour décrocher leur téléphone. » [Médecin FDE]

Tout ceci, aurait des conséquences de **retard de soins**, et donc sur **la qualité de soins** :

Un exemple de retard de soin m' a été donné par le directeur d'UTOA :

E6 : « Après on a eu un jeune qui est arrivé avec une main complètement paralysée. Ca faisait six mois qu'il était en France déjà, et on ne s'est pas préoccupé de sa santé... D'après le médecin de l'hôpital, si il avait été pris en charge en amont, on aurait peut-être pu récupérer son bras... Là ce jeune, il est arrivé chez nous avec sa main paralysée... mais c'était trop tard... » [Directeur UTOA]

3.3.2.2. Hors ASE, le suivi paraît quasiment impossible

Pour les jeunes hors ASE, les parcours de santé sont bien plus chaotiques, comme nous l'avons vu dans la partie précédente. Médecin du monde devient une référence pour ces jeunes, or, le médecin bénévole interrogé m'explique que :

E15 : « A médecin du monde, il n'y a rien qui est fait. [...] je ne sais pas si quelqu'un s'occupe de leur vaccins ou pas... » [Médecin bénévole MdM]

E15 : « A médecin du Monde, c'est compliqué de les faire suivre, tu les vois une fois, tu les revois pas forcément, et ils sont revus par d'autres médecins, c'est plus compliqué. » [Médecin bénévole MdM]

3.3.3. Prise en charge psychique quasiment inexistante pour tous les MNA

Que ce soit des MNA pris en charge par l'ASE ou des MNA hors ASE, les soins psychologiques semblent très limités selon les acteurs, voire même manquants.

E1 : « Il y a vraiment un accès aux soins psy qui me semble être... cruellement manquant. » [CLAT]

E7 : « Tous ces jeunes qui sont des mois à l'hôtel et qui n'ont pas un réel accès aux soins, [...] qui ont de réels traumatismes et il y a rien, aucun suivi psychologique qui leur est proposé, à aucun moment pendant plusieurs mois. » [RESF]

E11 : « Il y a des gros manques et le plus gros des manques c'est le soutien psychologique. Là par contre on est à la préhistoire. Le centre Frantz Fanon vient d'ouvrir, la Maison Des Adolescents aussi, mais sorti de ça, il n'y a rien... » [Educateur UTOA]

E4 : « C'est plus la prise en charge psychologique qui est très difficile. C'est ce volet-là. C'est de voir qu'il n'y a pas grand-chose en fait à leur proposer. » [IDE FDE]

Ce qui existe est caractérisé, par certains, comme inadapté :

E5 : « Il y a des psychiatres mais les psychiatres ne sont pas forcément formés pour les personnes qui viennent d'autres pays qui parlent très peu ou mal le français, c'est basé sur la parole quand même...Donc c'est un peu compliqué. » [IDE FDE]

E15 : « La PASS psy mais il faut que ça soit une pathologie psy, mais c'est pas du soutien... Si ils ont une pathologie psy alors oui tu les envoies à la PASS psy mais souvent la majorité ils ont pas de patho psy, ils ont besoin de soutien psy. » [Médecin bénévole MDM]

Certains acteurs pointent la nécessité d'une prise en charge adaptée aux problématiques multiples de ce public par des professionnels formés, manquants actuellement d'après eux :

E1 : « Il faut un psychologue qui soit à la fois formé à l'adolescence, à l'interculturalité, au stress post-traumatique. » [CLAT]

E12 : « Alors c'est sûr qu'il n'y a pas assez de personnel formés... » [Médecin MDA]

Les **structures** nouvellement existantes paraissent **saturées** selon les acteurs, et par conséquent il y aurait un délai d'attente trop important.

Au centre Frantz Fanon :

E14 : « On ne peut pas prendre en charge une personne, en ce moment on est saturé, il y a un délai d'attente. » [CFF]

E14 : « Et bien, ouvert à tous, mais nous sommes saturés... Ce qui nous faudrait, ce serait plus de moyens, plus de relais. Ca c'est une évidence. » [CFF]

E15 : « Il y avait le Centre Frantz Fanon mais qui est déjà saturé, on n'a même pas eu le temps d'en envoyer, ils sont déjà saturés. [rires]. » [Médecin bénévole MDM]

Au sein de la MDA, les consultations d'IMO sont également proche de la saturation :

E2 : « J'essaye de lui adresser les jeunes mais elle m'expliquait qu'elle ne pouvait pas s'en sortir toute seule. Elle ne doit pas être là à temps plein. » [Médecin FDE]

E12 « Toutes mes consultations sont pleines [...] Donc je vais pas en voir davantage... » [Médecin MDA]

Résumé :

Les acteurs de santé m'ont rappelé que les MNA étaient des enfants vulnérables, cumulant des fragilités spécifiques. Ils ont, de manière générale, mis en avant leurs importants besoins en santé mentale, sans oublier les besoins physiques. En filigrane des entretiens, on comprend que l'ensemble des besoins nécessitent une prise en charge globale, adaptée, pluri-disciplinaire de prévention, de dépistage, de traitement et de suivi. Or les réponses mises en place par le Département de l'Hérault sembleraient insuffisantes d'après certains interviewés, du fait d'un manque remarquable de personnel, de moyen et de temps. Tous les MNA ne sont pas vus à temps, les délais semblent trop longs et les suivis difficiles. Ceci a des répercussions négatives sur la qualité des soins des jeunes et donc sur leur état de santé. Les seuls « privilégiés » semblent être les jeunes pris en charge par UTOA dont la prise en charge sanitaire semble satisfaire les acteurs et à l'opposé se trouve les MNA hors ASE dont le suivi et la prise en charge est extrêmement difficile. En ce qui concerne la prise en charge psychique, tous les acteurs semblent d'accord pour dire qu'elle manque cruellement à Montpellier. Ils mettent en lumière l'insuffisance ou la quasi absence de professionnels formés accessibles. Les structures existantes adaptées sont toutes saturées lors de la période des entretiens.

3.4. Un accès aux soins compromis : multiples facteurs en jeu

3.4.1. Couverture sociale

Comme vu précédemment, la couverture sociale est un facteur influençant l'accès aux soins et le réseau de soin disponible. Les schémas issus des entretiens montrent que lorsque les MNA, et cela peu importe leur statut, possèdent une couverture sociale (CMU-c de préférence ou même AME) leur accès aux soins s'élargit et le réseau de soin grandit.

Si, en théorie, tous les MNA doivent avoir une couverture sociale (CMU-c / AME), dans la pratique, le facteur « couverture sociale » peut être un frein à l'accès au soin.

Freins à l'obtention d'une couverture sociale pour les MNA

Selon plusieurs acteurs issus de différentes organisations, **tous les MNA ne bénéficient pas** de la protection sociale de santé. Cette obtention semble dépendante à Montpellier de leur statut juridique et l'obtention de l'OPP après évaluation de leur situation et de leur identité :

E9 : « Ceux qui sont accueillis sur le foyer de l'enfance, certains, ont un accès direct à une prise en charge qui est réalisée en interne à l'ASE et pas forcément d'ouverture de droit. » [Coordinateur MdM]

E13 : « Donc ils ne pouvaient pas ouvrir des droits parce que les MNA ils ont des droits le jour de l'OPP, et de la prise en charge par l'ASE. » [AS PASS]

E7 : « Parce que ça dure longtemps, parce que ça dure des mois. Avant d'avoir une couverture plusieurs mois, même si ils ont été mis à l'abri. » [RESF]

Ils n'ont alors pas accès à la médecine libérale pendant plusieurs mois. On peut donc supposer comme le dit le coordinateur de MDM (E9) que cela engendre des retards de soins, voire même parfois des renoncement aux soins : « Pour un certain nombre de jeunes qui sont pris en charge, il n'y a pas de droit ouvert et ça c'est vraiment un obstacle et qui peut avoir des conséquences en terme de retard de soin et renoncement aux soins. »

Couverture sociale inadaptée

Comme nous l'avons dit précédemment, **les bons médicaux** en alternative à la CMU sont utilisés en cas de nécessité pour les jeunes en attente d'évaluation :

E4 : « Ca nous arrange quand il y a une CMU. Et quand il n'y a pas de CMU, il faut passer par les services financiers pour avoir un bon médical. C'est-à-dire un engagement de paiement. » [IDE FDE]

E7 : « Pour eux c'est pas une vraie couverture maladie qu'ils ont. » [RESF]

Cependant, selon les soignants, les bons médicaux peuvent être refusés par certaines structures :

E2 : « Pour avoir le bon ce n'est pas compliqué mais a priori certaines cliniques privées notamment aux urgences, n'acceptent plus [les bons médicaux]. » [Médecin FDE]

E4 : « [Il faut] un dentiste qui accepte à la fois de travailler pour des bons médicaux car tous les jeunes n'ont pas de CMU. » [IDE FDE]

E4 « Il faut que les partenaires acceptent les bons médicaux. [...] Et on a quand même pas mal de partenaires qui refusent de prendre en charge si il n'y a pas de CMU. » [IDE FDE]

Ceci semble bien être un obstacle à l'accès aux soins.

Il existe une seconde situation où la couverture sociale est inadaptée :

Théoriquement, les mineurs qui contestent l'évaluation réalisée les déclarant « non mineurs » devraient encore bénéficier de la CMU-c. Or, en pratique ce n'est pas le cas d'après le coordinateur de MdM (E9) : « *Et pour les jeunes qui ont été refusés, ils ont été évalués en quelque sorte majeurs alors même si ils contestent [...] pour ces mineurs, souvent les droits ça bascule vers l'AME alors qu'ils devraient normalement plutôt être sur la CMU...* »

Or, l'AME permet un accès moindre à la santé que la CMU-c.

On peut donc supposer que la couverture sociale des ces MNA n'est guère adaptée et que leurs droits sont en quelque sorte bafoués.

Couverture sociale non distribuée

Selon l'équipe de soin du FDE, il arrive parfois que les MNA protégés par l'ASE possèdent une CMU-c à leur nom mais qu'elle ne leur est pas distribuée et/ou expliquée.

Soit par manque de temps :

E2 : « Parce que je pense que c'est pas donné de manière systématique parce que les éduc ils ont quinze mille trucs à faire. » [Médecin FDE]

E2 : « Je pense que clairement ils ne l'ont pas tous. Après je leur demande pas forcément tous mais je le devrais, vérifier. Ca voudrait dire que si ils l'ont pas, faut que je leur imprime, que je leur explique à quoi ça sert. Et du coup c'est un quart d'heure de plus ... Donc voila... » [Médecin FDE]

Vérifier, expliquer la CMU aux jeunes nécessite effectivement du temps. Or, nous avons mentionné ultérieurement que le manque de temps est le problème majeur de l'unité de soins du FDE.

D'après l'IDE du FDE (E4), la CMU-c ne serait pas distribuée systématiquement dans le but de centraliser les informations et le suivi au sein de foyer : « *Au début, nous, sur le pôle médical, on n'était pas trop pour donner la CMU aux jeunes. Parce qu'on avait peur qu'ils fassent des démarches sans nous en informer [...] Et même les éducateurs le donnent pas à tous.* »

Cette volonté de souhaiter tout centraliser semble changer avec le nombre plus important de jeunes.

Couverture sociale refusée par certains spécialistes

D'après la médecin généraliste libérale interrogée (E15) : « *C'est arrivé plusieurs fois, notamment avec des dermatos qui refusent la CMU, mais c'est pas spécifique aux MNA.* »

3.4.2. Mauvaise connaissance du système de santé français

On retrouve souvent dans les entretiens la notion d'un système de soin français mal compris des MNA et de ce fait mal exploité. Ce facteur a un rôle prédominant dans l'accès aux soins des MNA.

E4 : « En plus ils sont impressionnés par tout le système de soin. Il n'y a vraiment pas d'aisance dans toutes ces démarches-là. » [IDE FDE]

Les **acteurs** de santé seraient **mal repérés** par les jeunes :

E2 : « Par exemple y en a un qui n'avait pas forcément compris que j'existais parce que je pense qu'il n'est pas venu à sa convocation pour la consultation d'admission. Il est tombé, il est allé direct aux urgences parce qu'il avait mal aux genoux, et là il avait encore mal donc il comptait retourner aux urgences. Il savait pas en fait. » [Médecin FDE]

E2 : « Ils ne savent pas appeler le 15. » [Médecin FDE]

E4 : « Ils ne sauront pas comment aller à l'hôpital. » [IDE FDE]

La **CMU-c mal comprise** des MNA donc probablement non utilisée :

E5 : « Moi je pense qu'ils savent pas comment ça marche la CMU. » [IDE FDE]

E4 : « Ils ne comprennent pas forcément ce que c'est. Et je pense que même aller dans une pharmacie avec ce papier c'est compliqué pour certains, même avec l'ordonnance et les explications avant. » [IDE FDE]

On retrouve dans plusieurs entretiens la notion de **méfiance** des jeunes envers toutes institutions.

Il y aurait une sorte de confusion de la part du jeune entre toutes les institutions et parfois un manque de confiance, une peur, une méfiance des acteurs médicaux. Certains vont alors fuir et renoncer à l'aide proposée :

E3 : « Ils fuient parce qu'ils ont peur de l'institution, en tout cas c'est ce que je pense. Et souvent ils sont très agressifs, en tout cas le dialogue est assez compliqué parce qu'on est vraiment considéré comme un agresseur et pas du tout comme une aide potentielle. » [Pédiatre urgentiste]

E1 : « Les jeunes ne sont pas trop réticents à prendre des médicaments, quoi que, certains sont méfiants. » [CLAT]

E5 : « Après, certains, on les rattrapera jamais. Il y a aussi une crainte pour certains, compte tenu de leur situation, à mon sens hein, il y a une crainte de l'institution où on est tous mis dans la même panier. » [IDE FDE]

E13 : « Nous on les voyait pour leur fournir les traitements et qu'ils aient les soins, mais on n'arrivait jamais à les revoir pour faire l'ouverture de droits et entamer une prise en charge sociale. [...] C'était des mineurs qui dès qu'on parlait de l'ASE, on les revoyait plus... » [PASS]

E13 : « C'est pas un public pour lequel on n'arrive pas à ouvrir des droits parce qu'ils reviennent jamais. » [PASS]

Enfin, il ressort que le rôle du psychologue est très mal compris de ce public et donc peu demandé :

E14 : « Il y a aussi une difficulté particulière, les mineurs viennent avec deux choses, déjà « je ne veux pas voir un psychologue parce que je ne suis pas fou ». » [CFF]

E15 : « Ben le problème c'est que souvent ils ne veulent pas être suivis au niveau psy. » [Médecin généraliste]

3.4.3. Barrière de la langue

En fonction des personnes interrogées, le vécu de la barrière de langue n'est pas le même.

Pour certains, c'est un frein important à l'accès aux soins, avec des moyens de traduction ou d'interprétariat inadaptés, non satisfaisants. C'est le cas particulièrement des médecins

généralistes ou des spécialistes du CHU qui sont rarement équipés de moyens de traduction performants.

E2 : « Après les Bangladais, Afghans, Albanais, on a franchement besoin de google translate. Après google translate, heureusement qui ça existe mais au niveau subtilité c'est pas parfait. » [Médecin FDE]

E9 : « Pour les prises en charge que l'ont fait ici, on fonctionne soit avec de l'interprétariat [Inter Service Migrants (ISM) Interprétariat par téléphone], soit avec un tiers, on se débrouille, ce qui n'est pas très satisfaisant. » [Coordinateur MdM]

E3 : « Pour un certain nombre d'entre eux, qui viennent de pays anglophones ou qui parlent des dialectes... moi le peul, vraiment je ne sais pas... [...] Moi je n'ai pas d'accès à un traducteur spécifique. » [Pédiatre hépatite]

Certains considèrent que ce frein peut avoir des conséquences sur l'accès aux soins, la compréhension et l'observance des traitements.

E9 : « Une bonne partie est francophone, donc ça limite un petit peu la difficulté mais il y a quand même des anglophones par exemple et là ça peut être un petit peu plus compliqué sur l'accès aux soins du territoire. » [Coordinateur MdM]

E1 : « Plusieurs fois j'ai fais sans, sans interprétariat, j'avais l'impression que je m'étais faite comprendre et en fait il s'est avéré qu'ils n'avaient pas compris. Même si c'est cher, je pense que c'est important et précieux d'avoir un service d'interprétariat. » [CLAT]

E3 : « Ca c'est un véritable problème, parce que ce sont des pathologies chroniques qui impliquent des mesures de prévention, qui impliquent une intégration sur du long terme. C'est vraiment important que les gens puissent poser des questions, puissent vraiment comprendre. » [Pédiatre hépatite]

Pour d'autres, ce n'est pas un frein majeur. Ils considèrent qu'avec les moyens actuels de traduction, et la « débrouille », ça n'a pas d'influence majeure sur la prise en charge.

E8 : « On se débrouille. Donc ça c'est pas trop un problème. » [Gynécologue]

E15 : « J'ai pas de problème par rapport à la langue. Ils sont accompagnés de leur éducateur ou avec un copain. C'est plus convivial. Je trouve que chez le jeune c'est plus facile. Je ne suis pas suspicieuse ou inquiète par rapport à une mauvaise transmission de langage. » [Médecin généraliste]

E11 : « On se débrouille avant d'aller chez le médecin, on prend le temps de vraiment savoir ce qu'il se passe, donc c'est par geste, par mimique, il y a google traduction, il y a des interprètes, maintenant j'en connais pleins, ils sont payants mais parfois un coup de téléphone pour donner la traduction d'un mot, c'est pas facturé, donc on se débrouille vraiment pour savoir ce qui se passe réellement. » [Educateur UTOA]

Et enfin, d'autres encore considèrent que ce n'est pas du tout un frein à l'accès et à la compréhension du soin grâce à un interprétariat **adapté** :

E9 : « Une consultation qui est adaptée en fonction de la langue, de leur compréhension... »
[Coordinateur MdM]

E13 : « On n'a pas de problème avec la barrière de langue. On utilise ISM, c'est une plateforme téléphonique, tu appelles, tu donnes ton code et ton nom et tu demandes un interprète dans la langue que tu veux. Donc on a pas trop ce frein. » [PASS]

3.4.4. Différence de représentation du soin entre soignant / soigné

Un autre facteur est mentionné par de multiples interrogés, c'est la représentation « culturelle » du soin. Les MNA sont issus de pays étrangers variés dont l'approche de la santé et du soin diffèrent totalement de l'approche occidentale et française.

D'ailleurs, deux médecins me précisent lors de l'entretien que :

E8 : « L'anatomie n'a aucun sens, la physiologie encore moins mais par contre ils ont construit un référentiel qui tient la route, et qui est validé par l'expérience. Donc notre référentiel à nous est intéressant mais il est intéressant que pour nous. » [Gynécologue]

E1 « On voit que certains évoquent leur médecine traditionnelle. Et on voit parfois des gris-gris. »
[CLAT]

Le rapport au corps semble très différent. Ce qui implique de la part du soignant une adaptation de sa pratique, une patience particulière pour des soins acceptés.

Lors de l'examen clinique et l'interrogatoire, la prise en compte des différences de représentations des symptômes et du corps est incontournable :

E1 : « Dans la fatigue, qu'est-ce qu'ils mettent derrière ? Moi je sens qu'ils sont très fatigués de ne rien faire et c'est une réalité d'être fatigué de trainer en ville... [pause]. L'essoufflement aussi... La notion d'être essoufflé au foot ou à l'effort. Essoufflé pour eux ce n'est pas un problème. Nous n'avons pas les mêmes représentations. » [CLAT]

E3 : « Non, après sur l'accès aux soins en dehors de leur fermeture spontanée à l'autre. C'est-à-dire que si on ne leur arrache pas les mots, ils ne viennent pas. Ils n'auront aucune plainte. » [Pédiatre]

E12 : « C'est des demandes qui sont souvent somatiques, un mal de tête, il faut pouvoir le décoder. Ce sont des jeunes qui n'ont pas l'habitude de parler d'eux-même. » [Médecin MDA]

E14 : « Il y a certains troubles qui peuvent nous paraître avec notre grille de lecture de clinicien comme relevant d'un diagnostic psychotique par exemple et qui en fait ne serait pas du tout dans cette orientation là en réalité si on prend compte de la culture du patient. » [CFF]

Cela s'observe particulièrement pour l'examen gynécologique :

E8 : « C'est qu'elles viennent d'un pays où les traditions et le lien à la santé n'est pas du tout le même que pour nous surtout d'un point de vue gynécologique. » [Gynécologue]

E8 : « Mais on essaye toujours de se rencontrer parce que ces jeunes-là viennent de pays où l'accès à la gynécologie n'est pas du tout comme le nôtre. Elles n'imaginent même pas ce qu'elles vont avoir à faire avec moi [...] Donc il faut transmettre la question du sens. » [Gynécologue]

Les prises de sang ont été une question soulevée dans de nombreux entretiens, en effet, elles peuvent être vécues comme une maltraitance, une violence, dont les conséquences échappent à notre représentation anodine et occidentale de ce geste.

Elles demandent aux soignants une négociation quasi-systématique. Ils doivent prendre le temps d'expliquer, de rassurer, sans comprendre les enjeux culturels ou traditionnels d'un tel examen de sang. Cela génère beaucoup de questionnements aux acteurs de santé :

E4 : « Les prises de sang aussi, on leur prend un peu de leur âme. Il y a beaucoup de négociation avant chaque soin. Nous ça nous demande de nous adapter. » [IDE FDE]

E3 : « Leur phobie culturelle de la prise de sang. Du fait qu'il faut toujours négocier. » [Pédiatre]

E2 : « Mais si ils en ont déjà eu il n'y a pas longtemps [des prises de sang], ils ne comprennent pas pourquoi on recommence. [...] Il faut les rassurer. » [Médecin FDE]

E11 : « On a beau leur expliquer un milliard de fois, il veulent pas qu'on leur prenne leur sang. Ils le vivent comme quelque chose de violent. Donc il faut prendre le temps d'expliquer. » [Educateur UTOA]

E11 : « C'est très compliqué les prises de sang pour ces jeunes, surtout ceux qui viennent d'Afrique, ils ont l'impression qu'on leur prend leur sang et ça doit avoir une signification particulière dans certaines cultures. » [Educateur UTOA]

E1 : « Une réticence, « On va encore me prendre des flacons ? » « Et après qu'est-ce qu'il devient mon sang ? » quand je leur dis qu'il est normal et qu'on l'a jeté « Ah bon ? Et pourquoi on ne me l'a pas rendu ? ». » [CLAT]

E1 : « Mais qu'ils sont réticents aux prises de sang, et bien au-delà de la douleur, ce n'est pas une question d'être douillet. Je pense que c'est plus profond et j'ai pas forcément compris tout ce qui est derrière. » [CLAT]

Ces représentations différentes du corps et de la santé joueraient sur la définition des **priorités de soins**. Soignants et soignés n'auraient pas les mêmes priorités. Ce qui parfois aurait des conséquences sur les soins en eux-mêmes et notamment sur les soins primaires.

E8 : « Leurs priorités ce ne sont pas du tout les nôtres. Nous, quelle priorité on a ? Savoir si elles amènent pas des maladies, si elles sont en bonne santé. Mais c'est quoi la santé pour elles ? Leurs priorités c'est quoi ? On risque de passer à côté. » [gynécologue]

Par exemple, la prévention, l'éducation ou le dépistage sont très difficiles à appréhender chez ces jeunes :

E4 : « On fait aussi pas mal d'éducation thérapeutique mais c'est très difficile auprès des MNA, c'est vraiment particulier. Particulier, sur le plan culturel. » [IDE FDE]

E4 : « Et l'utilisation du préservatif... voilà... c'est très très compliqué. Notre stock de préservatifs ne descend pas. On leur en parle, on leur explique, on leur montre le geste. On est trois femmes, je sais pas si c'est lié. [...] On a l'impression qu'on aborde un sujet hyper sale. Alors qu'avec les autres jeunes qui ne sont pas MNA, c'est pas la même réaction. On sent que y a vraiment un rejet et que c'est culturel. » [IDE FDE]

E2 : « Ils ne sont pas réticents aux vaccins, mais bon c'est p'tre pas leur priorité, je pense... »
[Médecin FDE]

E5 : « Nos exigences à nous en terme de prévention, dépistage... Ce n'est pas du tout les leurs. » [IDE FDE]

E5 : « Le dépistage c'est plus compliqué et ça dépend des origines... Maghreb, moi je... c'est plus compliqué la prise en charge. » [IDE FDE]

Et même au-delà, la prévention n'est pas leur priorité en terme de prise en charge de leur santé mais la santé en elle-même n'est dans forcément leur priorité dans leur parcours de vie actuel.

3.4.5. Responsabilité légale, autorisations de soins et accompagnements des mineurs

Tout acte médical chez un mineur dépend du consentement du titulaire de l'autorité parentale.

L'article R.4127-42 Code de la Santé Publique prévoit que « sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. »

Cette loi est mise en pratique selon les acteurs interrogés pour les MNA protégés par l'ASE.

Pour les actes usuels, sans geste invasif, anticipés à l'avance, il n'y a pas de problème en général pour obtenir cette autorisation de soin :

E4 : « Pour pouvoir accéder aux soins, il faut déjà avoir l'autorisation de soin, ça pose pas trop de soucis sauf pour l'opération. Dans ce cas, il faut passer par la DEF (Direction de l'Enfance et la Famille) pour avoir l'autorisation d'opérer. » [IDE FDE]

E6 : « Alors il y a l'autorisation de soin, qui est beaucoup plus facile à obtenir que l'autorisation d'opérer. Mais même pour l'autorisation de soin on fait la demande auprès du représentant légal à chaque fois qu'il y a une entrée en hospitalisation. » [Directeur UTOA]

Pour les gestes invasifs, il est nécessaire d'obtenir une autorisation de soins d'actes non usuels auprès du chef de service MNA au CD. Or, parfois, cette autorisation de soin est trop longue à obtenir... souvent pour des raisons pratiques (heure d'ouverture des bureaux...) :

E11 : « Ils nous disent que quand c'est invasif, il y a besoin d'une autorisation de soin du CD, qui est le responsable légal. » [Educateur UTOA]

E6 : « L'acte non usuel avec hospitalisation et anesthésie là où le représentant légal doit demander au tuteur légal l'autorisation d'opérer ce jeune et là c'est une procédure quand même assez longue, qui ne se fait pas en dix minutes. Le représentant légal c'est le chef de service du service MNA du Département. » [Directeur UTOA]

E11 : « Pour avoir une autorisation de soin il faut que ça passe par le Juge pour enfants, ça se fait pas comme ça en cinq minutes. » [Educateur UTOA]

E6 : « L'hôpital nous dit « Ah non nous ce jeune, on ne peut pas le prendre, il nous faut une autorité parentale, ou celle du représentant légal ». Aujourd'hui le représentant légal c'est un administrateur ad hoc du Conseil départemental qu'on ne peut pas joindre à 1h du matin. » [Directeur UTOA]

La demande d'autorisation de soin auprès du responsable peut parfois être la cause de **retard de soins** :

E1 : « L'éducateur a signalé que l'autorisation de soin commune ne suffisait pas et qu'il fallait remonter pour avoir une autorisation de soins par un administrateur chef au niveau du Conseil Départemental. Le temps d'arriver à les contacter le rendez-vous de fibroscopie était passé. [...] Ça mène à des retards de prise en charge. » [CLAT]

Ces situations complexes et pas toujours claires pour les acteurs santé peuvent être à l'origine de conflits entre acteurs et de retards de soins selon les personnes interrogées :

E6 : « C'est la loi, si un jeune est en danger. L'hôpital a obligation de l'hospitaliser et cela sans forcement...[...] Et là parfois c'est un peu compliqué, on a eu une difficulté récemment avec la clinique où la Directrice voulait que je passe la nuit auprès d'un jeune qui avait une péritonite et elle voulait l'autorisation d'opérer du représentant légal, ce que je ne pouvais pas avoir puisqu'il

était 22h. Elle était scandalisée par le fait que je ne vienne pas dormir au chevet du jeune. Alors que je ne suis même pas le représentant légal. » [Directeur UTOA]

E11 : « On est en conflit avec les cliniques ou les hôpitaux. Alors c'est nous qui prenons tout face à ce manque [...] C'est arrivé à des collègues qui se sont fait presque insultés dans les couloirs de l'hôpital parce qu'il n'y a pas l'autorisation de soin. » [Educateur UTOA]

E11 : « Ça pour moi c'est un frein, c'est dangereux même, c'est dangereux pour le jeune si on l'opère pas... Après les médecins font le serment d'Hippocrate au bout d'un moment ils sont obligés d'opérer. » [Educateur UTOA]

Il existe un autre cas de figure : les MNA non protégés par l'ASE n'ont pas de représentant légal :

E9 : « Parce que ils n'ont pas de responsable légal. Le cadre légal n'est pas très clair en fait. Dans l'absolu il faudrait un représentant légal mais quand il n'y a pas, il y a tout un tas d'exception qui permettent en réalité aux médecins de faire leur travail. » [Coordinateur MdM]

Il faut noter que pour certains acteurs, cette responsabilité légale n'est pas un frein à la prise en charge au sein de leur propre structure :

E3 : « Pour la responsabilité légale il n'y a pas eu tellement de problème. » [Pédiatre]

E8 : « Euh....pas de soucis par rapport à ça, je ne me suis pas posé la question. [rires]. » [Gynécologue]

En outre, il a été mentionné un autre facteur spécifique à leur minorité qui interfère dans l'accès aux soins : c'est la **nécessité d'être accompagné** obligatoirement :

E2 : « Comme ils sont mineurs, ils doivent se faire accompagner systématiquement par une infirmière ou un éducateur. [...] Ça joue sur l'accès aux soins, et d'ailleurs ça m'embête, qu'on refuse des rendez-vous parce que y a personne pour les accompagner. J'essaye de motiver les éduc mais ils sont pas toujours dispo, ils sont débordés je pense. » [Médecin FDE]

E3 : « C'est le problème des gens qui viennent du foyer de l'enfance, c'est que souvent sur les premiers rendez-vous ils sont censés être accompagnés. » [Pédiatre]

Or, cet accompagnement est limité par le temps et le manque de personnel :

E2 : « Les filles sont toutes seules et ça limite vachement le nombre d'accompagnement possible. »

[Médecin FDE]

Cet dépendance a un impact sur l'accès aux soins avec un risque de retard de soins, peut-être même de renoncement aux soins.

3.4.6. Accès territorial et géographique

Ce facteur n'est pas mentionné par les acteurs comme un facteur freinant l'accès aux soins.

E8 : « Il y a une accessibilité qui est correcte. » [Gynécologue]

Les difficultés d'accès géographique, si elles existent, seraient améliorées par :

- une bonne solidarité entre eux :

E5 : « Et il y a beaucoup d'entraide entre eux. Si à l'hôtel y en a un qui sait pas où est l'infirmier, il va toujours trouver un copain qui va lui dire « Je t'emmène ». » [IDE FDE]

- une carte TAM prise en charge par l'ASE :

E5 : « Et la carte TAM (Transports de Montpellier Méditerranée Métropole), elle est prise en charge par le foyer. » [IDE FDE]

3.4.7. Budget

L'accès aux soins non remboursés par la Sécurité Sociale serait souvent restreint et limité :

E4 : « Ca fonctionne sur un budget public. Donc il faut aussi nous, aussi cibler des « priorités », freiner certaines demandes. » [IDE FDE]

E4 : « Ils n'ont pas accès à tous les soins mais comme toutes les personnes qui peuvent être défavorisées sur le territoire et qui n'ont pas accès non plus. » [IDE FDE]

E12 : « Et l'IVLR c'est de l'EMDR et l'EMDR j'ai essayé de leur adresser plusieurs patients et je n'ai pas été très satisfaite. En plus il fallait payer. » [Médecin MDA]

E11 : « Les psychologues c'est pas remboursé par la sécu alors avec une CMU c'est compliqué... »

[Educatrice UTOA]

Cependant certains acteurs considèrent que ça ne joue pas sur leur prise en charge en santé :

E4 : « On n'a jamais eu de problème d'accès aux soins. Même si on fonctionne avec des enveloppes qui dépendent de subventions, on n'a jamais été bloqué par l'aspect financier. C'est juste à nous de ne pas perdre l'idée qu'on est sur des fonds publics. On va pas en abuser non plus. On reste raisonnable et ça ne pénalise pas non plus les jeunes. Il faut toujours doser. » [IDE FDE]

Au CLAT, dans les rares cas où le jeune n'a pas encore la CMU, le traitement est délivré par la structure et l'accès aux soins n'est pas pénalisé à cause du budget :

E1 : « Ceux qui n'ont pas encore de couverture sociale, mais c'est rare parce qu'en général on les voit quand ils sont bien avancés dans les démarches, on donne le traitement gratuitement. »

Résumé :

L'accès à la santé est dépendant de multiples éléments pour ces MNA à Montpellier. Le principal étant la couverture sociale. Le droit théorique d'obtenir une protection sociale adaptée est trop souvent bafoué pour les jeunes mis à l'abri au sein de l'ASE. Certains jeunes n'ont donc pas accès librement à la santé et particulièrement à la médecine libérale et hospitalière et sont dépendants de bons médicaux distribués au coup par coup par le CD. Par ailleurs, on retrouve dans les entretiens trois facteurs spécifiques à leur statut d'étranger freinant l'accès aux soins : la mauvaise connaissance du système de soin français, la barrière de langue pour les allophones et les différences de représentation du soin et du corps entre soignants et soignés. Ces trois paramètres ont des conséquences sur l'accès, la compréhension, l'observance, la confiance des jeunes envers le corps médical. A noter que la langue n'est pas spécifiée comme un facteur freinant l'accès aux soins par tous les acteurs.

Aussi, il a été mis en lumière des obstacles spécifiques à leur statut de mineur : la nécessité d'une autorisation de soin par le responsable légal et d'un accompagnement aux rendez-vous médicaux. L'autorisation de soins n'est pas toujours facile à obtenir dans l'immédiat et peut créer des situations complexes pouvant aboutir à des retards de prise en charge ou des conflits entre acteurs de santé. Pour le cas des MNA hors ASE, il n'y a pas de responsable légal et les dérogations permettant de délivrer les soins sans autorisation sont souvent mal connues du corps

médical. Etre accompagné n'est pas toujours possible, d'après les acteurs du FDE, du fait d'un manque de personnel et beaucoup de rendez-vous sont repoussés ou non honorés.

Le dernier obstacle mis en évidence et partagé avec toutes les personnes en situation de précarité est l'absence de budget pour accéder aux soins non remboursés par la Sécurité Sociale (par exemple, les consultations avec un psychologues).

3.5. Prise en charge en santé au coeur du parcours de vie: un ressenti global alarmant

Le parcours de vie correspond à la réponse aux besoins de la personne dans son environnement. Il inclut donc au-delà du parcours de santé, la prise en charge éducative, professionnelle, l'hébergement, et même la prise en charge juridique (35).

3.5.1. Prise en charge du parcours de vie : sentiment d'accueil à bras fermés...

Il semble difficile de dissocier la prise en charge de la santé de ces jeunes de leur prise en charge sociale et environnementale. C'est-à-dire les conditions d'hébergements, l'accompagnement éducatif et culturel, la prise en charge scolaire ou professionnelle ou enfin l'accompagnement juridique. Celles-ci sont forcément liées entres elles.

Or, il se trouve que le sentiment général issu des entretiens est plutôt inquiétant quant à la prise en charge plus globale de ces MNA. Tout au long de leurs parcours, les conditions d'accueil des jeunes MNA semblent unanimement inadaptés, voire indignes selon les acteurs de santé interrogés.

Dès la mise à l'abri les conditions d'accueil ne semblent pas adaptées à ce public.

Selon certains acteurs, il y a un cruel manque d'accompagnement éducatif, les jeunes seraient laissés la plupart du temps isolés à l'hôtel dans des conditions de vie assez précaires :

E9 : « Une prise en charge qui n'est vraiment pas de bonne qualité parce qu'elle est à l'hôtel, avec très peu de suivi éducatif où les jeunes sont un peu livrés à eux-mêmes ce qui peut avoir la aussi des conséquences, qui renforcent tous les traumas qu'ils ont vécu par ailleurs. » [Coordinateur MdM]

E14 : « Voilà tous ces jeunes, qui sont à l'hôtel sans suivi social, c'est pas admissible. » [CFF]

E5 : « Une difficulté dans le quotidien, c'est les hôtels où ils ne peuvent pas faire à bouffer. Kebab, tacos, sandwich américain... On a pleins de problématiques liées à ça, liées à la mauvaise bouffe. »

[IDE FDE]

E13 : « Donc moi, en tout ici, le ressenti que j'ai, c'est qu'ils sont un peu laissés à l'abandon j'ai l'impression. » [PASS]

E10 : « Ils savent pas quoi faire et comment occuper leurs journées. [...] A l'hôtel ça veut dire mise à l'abri par le Département et éducateur qui passe toutes les deux ou trois semaines et le reste du temps il faut qu'ils se débrouillent. Donc évidemment c'est une situation compliquée. »

[Coordinateur MDA]

Plusieurs acteurs ont mentionné les délais d'attente interminables pour l'accès à l'évaluation, porte d'entrée d'accès à leurs droits :

E10 : « Alors, dans le circuit qui est compliqué pour ces jeunes, et on incrimine personne quand on dit ça, il y a aussi des délais d'attente parce que entre le moment où ils sont mis à l'abri par le Département et le moment où ils doivent faire leur évaluation, il y a deux ou trois mois d'attente. »

[Coordinateur MDA]

E12 : « Y en a beaucoup qui sont dans ces attentes-là, isolés, complètement désœuvrés, à l'hôtel. »

[Médecin MDA]

E1 : « Il y en a tellement qui sont... [soupir] en attente, dans un no man's land, quel gâchis humain je trouve pour des jeunes qui ont envie d'apprendre, d'être là, d'avoir un métier... » [CLAT]

L'évaluation elle-même, de leur minorité et de leur isolement, est estimée injuste et sévère, inégale d'un territoire à l'autre :

E9 : « Il y a vraiment des questionnements et des choses qui se dégradent sur le plan de l'évaluation.

Là on sent que c'est une logique un peu plus fermée, qu'elle pouvait être auparavant. »

[Coordinateur MdM]

E14 : « Et ce qui se passe au niveau politique pour les MNA c'est une catastrophe. Tant dans l'évaluation de la minorité, c'est plutôt en terme de ressenti... C'est malheureusement, c'est problématique, différent d'un territoire à un autre. Je trouve que là-dessus il y aurait des choses à

faire évoluer pour une prise en charge vraiment adaptée et surtout pour une prise en charge digne.

Parce que pour l'instant on n'en est pas là. » [CFF]

Aussi, lors de la **répartition nationale** qui est vécue comme violente pour ces adolescents selon le coordinateur de MDA34 (E10) : « *Les jeunes, même si ils sont reconnus mineurs, ils vont être évalués par la cellule parisienne et du jour au lendemain, les éduc leur disent « et voilà, on a reçu la réponse de la cellule, tu pars en Bretagne dans deux jours, etc. » Une fois arrivé là-bas, de nouveau un changement, après le parcours d'exil qu'ils ont... Ils avaient quelques petits repères qui commençaient à se faire, il va falloir tout refaire... [...] c'est dramatique hein... »*

Par la suite, le jour de leur **majorité**, l'arrêt de leur prise en charge est considérée violent :

E11 : « A dix-huit ans il s'en va. C'est un autre qui prend sa place. [...] donc humainement...voilà, c'est violent » [Educateur UTOA]

Si à l'aboutissement de l'évaluation le jeune n'est pas reconnu mineur, il risque parfois une incarcération pour « faux et usage de faux ». Ces incarcérations sont jugées unanimement injustes et intolérables pour des jeunes déjà bien assez vulnérables :

E7 : « Des jeunes étaient poursuivis pour faux et usage de faux. On les accusait d'avoir de faux papiers. » [RESF]

E1 : « Il y en a plusieurs qui ne sont pas venus à des consultations et quand je me renseigne et ben ils sont à Villeneuve-les-Maguelone [maison d'arrêt], ou en centre de rétention. » [CLAT]

E1 : « Ça c'est plus humainement que légalement, mais c'est des centaines de jeunes qui ont du potentiel et que l'on ne sait pas accueillir, pas que médicalement mais surtout socialement. Des passages en prison ne sont pas forcément des bonnes solutions. » [CLAT]

E9 : « Des poursuites qui sont faites, des incarcérations, [...] mais à l'évidence c'est une situation qui est extrêmement problématique parce que ce passage en prison va à nouveau être traumatique. Ça ne peut que renforcer les situations de mal-être qui peuvent avoir des conséquences quand même graves. » [Coordinateur MDM]

Et enfin, pour tous les MNA qui sont **hors ASE**, peu importe la raison, le parcours de vie est extrêmement compliqué et précaire dans tous les domaines. Il s'appuie sur l'aide associative et la solidarité citoyenne :

*E14 : « Il y a les MNA qui ne sont pas pris en charge par l'ASE, là ça crée des grandes difficultés... »
[CFF]*

E9 : « Clairement, on est en grande difficulté à ce niveau-là, [hébergement] [...] Donc on fait le 115, et il est arrivé qu'on fasse une orientation vers des squats étant donné l'impossibilité de trouver d'autres solutions. La plupart du temps ils sont sans hébergement. » [Coordinateur MdM]

*E9 : « Il y a des problèmes avec des jeunes qui pouvaient se retrouver dans un espèce d'entre-deux avec des situations qui s'éternisent et qui durent, qui sont extrêmement douloureuses pour eux. »
[Coordinateur MdM]*

De manière générale et selon quelques acteurs, l'accueil est décrit comme indigne, inadapté et parfois maltraitant :

E12 : « Je pense qu'il y a quelque chose qui est révoltant, c'est la prise en charge de ces jeunes, [...] Ceux sont quand même des enfants. » [Médecin MDA]

Cet accompagnement est rapporté à la question de l'accueil des exilés en France :

E14 : « De manière générale, la question des personnes exilées en France est traitée d'une manière qui me semble assez inadaptée. » [CFF]

3.5.2. ... ayant des conséquences sur la santé des MNA

A plusieurs reprises dans les entretiens, il a été évoqué que cet « accueil à bras fermés » puisse aggraver la souffrance psychique des jeunes :

E6 : « Tous ces paramètres [sociaux] impactent véritablement sur leur santé. J'ai vu des jeunes arriver complètement déprimés parce qu'ils étaient démunis, ils se débattent contre les administrations. » [Directeur UTOA]

E14 : « Il y aurait déjà beaucoup à faire avec la question des traumatismes, des violences diverses que les personnes ont pu subir, ou encore des parcours chaotiques, [...] donc rajouter là-dessus la

convention Dublin, plus l'évaluation, plus... c'est problématique. Ça aggrave les troubles psychiques. » [CFF]

E1 : « Ce qui m'inquiète c'est qu'en quelques mois, leur élan vital tombe. Ils attendent, ils attendent, ils attendent des cours de français pour certains, l'école pour d'autres. » [CLAT]

E9 : « Il y a beaucoup de jeunes qui ont des vécus traumatiques et des vécus auxquels on pense tout de suite comme le parcours de migration [...] Et il faudrait peut être mieux s'en occuper plutôt que de les laisser en déshérence ou même pire d'en arriver à les poursuivre parfois et les incarcérer ce qui ne peut que renforcer les difficultés pour eux... » [Coordinateur MdM]

Ceci explique également, au vu de leur situation générale extrêmement précaire et leur avenir très incertain que la santé n'est pas leur priorité :

E1 : « En tout cas, ils sont dans le projet, dans le désir, et nous on va leur chercher cette tuberculose qu'ils n'ont jamais entendu parlée... On est sur des moyens médicaux, de temps, pour ça... Je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire. Mais le problème majeur il est pas là quoi, il est sur ce qu'ils vont devenir. » [CLAT]

3.5.3. Sentiment récurrent d'inquiétude face à l'avenir et au devenir de ces jeunes...

Face à l'avenir, devant des demandes de plus en plus nombreuses avec des moyens restreints, les acteurs semblent préoccupés :

E10 : « C'est qu'on a l'impression que ça va p'être pas s'arrêter comme ça, que l'on est dans quelque chose qui monte en puissance. L'idée qu'on s'en fait c'est qu'il risque d'y avoir de plus en plus de demandes et de besoins et chaque fois on va devoir réfléchir comment nous on doit s'adapter à ces besoins et demandes qui peuvent partir dans tous les sens. » [Coordinateur MDA]

E6 : « Concernant les MNA, je pense qu'on va en avoir toujours de plus en plus. » [Directeur UTOA]

Dans le contexte décrit, les interviewés sont alarmés et soucieux du devenir incertain des jeunes :

E6 : « Ça m'inquiète pour les jeunes, qu'est-ce qu'ils vont devenir ? » [Directeur UTOA]

E1 : « On [soupon] mais avec tellement d'incertitude sur après et puis, qu'est ce qu'ils vont faire après ? Soit ils vont être expulsés... On fabrique de la délinquance, de la détresse. » [CLAT]

E7 : « On craint même que ces jeunes laissés à l'abandon, il y a des réseaux partout. Après on va s'étonner qu'il y en a un ou deux qui tournent mal. Mais je veux dire la responsabilité en incombe essentiellement au Département. On ne laisse pas des jeunes comme ça à l'abandon toute la journée. » [RESF]

E6 : « Je ne vous cache pas que je suis un peu inquiet, quand je vois la montée d'intégrisme... [...] C'est plus la prise en charge globale, le devenir. Quel devenir pour ces jeunes-là ? » [Directeur UTOA]

Résumé :

La santé des MNA s'inscrit dans leur parcours de vie et d'après les interviewés, la prise en charge plus globale des MNA sur Montpellier est préoccupante. De la mise à l'abri, à l'évaluation et même jusqu'à la prise en charge par la protection de l'enfance, les conditions d'hébergement et d'accompagnement semblent difficiles, insuffisantes et inadaptées. La situation des mineurs hors-ASE est extrêmement alarmante avec des conditions de vie très précaires dans tous les domaines. Ceci a des répercussions sur la santé des jeunes, particulièrement sur leur santé mentale. Les acteurs sont de manière générale préoccupés par l'avenir et par le devenir des MNA, toujours plus nombreux.

4 DISCUSSION

4.1. Discussion autour de la méthodologie

4.1.1. Force de l'étude

Le choix de l'étude :

- du sujet

C'est un sujet **d'actualité**, encore assez mal connu du grand public et **engagé**. Il est au carrefour de la politique migratoire et des droits fondamentaux de l'enfant et soulève de nombreuses questions éthiques, politiques et sociales.

Il s'agit de l'évaluation d'une organisation sociale de santé autour d'un public vulnérable, toujours plus nombreux, qui implique les médecins généralistes de plus en plus. Il est également **original**, il existe peu de données dans la littérature, et ce, particulièrement à Montpellier.

- du type d'étude

Le choix de l'étude **qualitative** semble pertinente pour comprendre cette organisation de santé autour des MNA à Montpellier puisqu'elle vise à expliquer des phénomènes humains et sociaux complexes (36).

La validité de l'étude :

De manière générale, la méthodologie a été appliquée avec rigueur tout au long de cette recherche. Le recrutement des personnes interrogées a été réalisé à la suite d'une enquête préliminaire d'observation de six mois, ce qui permet d'assurer une certaine pertinence du choix des acteurs identifiés. L'utilisation du tirage au sort a permis de limiter le biais de sélection et d'influence. L'hétérogénéité du recrutement permet d'avoir une diversité de point de vue sur le sujet étudié.

Par ailleurs, le guide d'entretien a été validé par un Docteur en Anthropologie de la santé, spécialisée en anthropologie médicale et en migrations internationales.. La transcription intégrale mot à mot a permis de minimiser la perte d'information.

4.2.2. Limites de la thèse

Biais méthodologiques :

Il aurait été peut-être plus pertinent que j'élargisse mon étude à l'ensemble du territoire du Département de l'Hérault puisque l'organisation de la prise en charge des mineurs protégés par l'ASE se fait au niveau départemental. Cependant, pour des raisons de faisabilité et de temps, j'ai pris la décision de restreindre le territoire étudié à Montpellier.

Par ailleurs, c'est une organisation qui évolue très vite au cours du temps, donc mon étude est valable uniquement sur la période des entretiens, c'est-à-dire entre juillet 2018 et mai 2019.

On peut critiquer également le fait que le recrutement d'acteur ne soit pas ici exhaustif. En effet, certaines structures, pourtant impliquées n'ont pas été contactées (par exemple, l'Institut de Victimologie du Languedoc Roussillon (IVLR), certains services hospitaliers...). Aussi, dans une même structure, toutes les professions n'ont pas pu être interviewées (par exemple pour la PASS, il aurait été plus riche d'interroger l'Infirmière Diplômée d'État (IDE), le médecin et l'AS).

Pour les mêmes raisons de faisabilité et de temps, il a fallu prioriser les acteurs et mettre de côté quelques professionnels dont l'expérience aurait pu apporter des éléments de réponse à ma question de recherche.

En outre, il n'y a pas véritablement de saturation de données. En effet, l'analyse du dernier entretien a permis de déceler un nouvel élément mais cependant pas de nouvelle grande catégorie.

Pour finir, la question de la prise en charge des MNA est politiquement sensible, certains aspects qui traduisent une violence structurelle ne sont pas abordés dans cette recherche.

Biais d'influence lié au chercheur

J'ai réalisé les entretiens seule et sans formation préalable à la recherche qualitative. Il est nécessaire de conserver une attitude et une posture neutre au cours des entretiens afin de ne pas influencer les réponses des acteurs. Or, malgré mes efforts dans ce sens, il est possible que mon positionnement, mes formulations spontanées ou mes engagements personnels aient pu influencer les réponses des interviewés.

Biais d'interprétation












Etant moi-même médecin généraliste et bénévole au sein de l'association MdM, il est possible que mes expériences, mon vécu, mes valeurs aient pu interagir avec l'interprétation des résultats. Aussi, il n'y a pas de triangulation des données par un autre chercheur.

4.2. Discussion autour des principaux résultats

4.2.1. Discussion autour des réseaux de santé et de la coordination

Les entretiens menés ont permis de réaliser le schéma suivant. Celui-ci compare les différents réseaux d'acteurs qui interviennent autour de la santé des MNA en fonction de leur statut de protection par l'ASE et de leur système de protection sociale à Montpellier.

Légendes:

	Structures accueillant MNA ASE + CMU +		Orientations sans estimation de l'importance
	Structures accueillant MNA ASE + CMU -		Flèches épaisses et foncées : orientations estimées importantes
	Structures accueillant MNA ASE - CMU -		Flèches fines : orientations estimées rares
	Structures accueillant MNA ASE + AME +		Orientations regrettées
	Structure fermée		Partenariat limité par bons médicaux
	Acteurs non interrogés		

Pour rappel, les schémas sont issus des quinze entretiens, c'est-à-dire sur des données déclaratives. Sont uniquement représentés les acteurs et les orientations vers d'autres acteurs déclarés au moins une fois dans les entretiens. Il est donc possible que certaines orientations réelles ou peut-être même certains acteurs ne soient pas représentés ici et que par conséquent, la représentation du réseau soit simplifiée par rapport à la réalité.

Ces résultats n'ont donc pas la prétention de représenter réellement les réseaux existants à Montpellier, ils permettent simplement d'exposer la complexité de la situation et de faire quelques constats :

Les parcours de santé des MNA et le réseau de santé qu'ils peuvent mobiliser sont totalement assujettis au statut de protection du MNA et à l'assurance maladie.

On peut remarquer que **même dans la situation la plus précaire, c'est-à-dire sans couverture sociale et sans protection, les jeunes peuvent avoir accès à un médecin** au sein du milieu associatif et hospitalier.

Grâce au dispositif destiné à lutter contre les exclusions et à l'article L 254-1 du Code de l'action sociale et des familles (37) qui stipule que la prise en charge des soins urgents « *dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne* » doivent être prodigués aux urgences. Aussi, les soins destinés à éviter la propagation à la collectivité doivent également être pris en charge, c'est-à-dire les soins relevant du CLAT, du CeGIDD ou toute prise en charge des maladies infectieuses contagieuses.

En cas de blocage d'accès à ces dispositifs, l'accès à la PASS et la délivrance des premiers soins gratuits est possible pour ces jeunes avec accès au plateau technique de l'hôpital.

Enfin, pour la prise en charge des soins non urgents ne relevant pas de l'article L 254-1, l'association MdM prend le relais pour prodiguer les premiers soins et orienter si nécessaire vers d'autres structures.

Certaines structures, majoritairement associatives, ayant un accueil inconditionnel, comme le CFF, la MDA34, la PMI, accueillent tous les jeunes sans faire de différence et peu importe leur statut ou leur couverture sociale.

Tout cela permet à ces jeunes non protégés par l'ASE et sans AME d'avoir un réseau de santé malgré tout relativement conséquent entre le CHU, les structures de santé publique et le milieu associatif. Encore faut-il qu'ils en soient informés.

Grâce aux structures sociales comme la PASS, MdM ou RESF, ces jeunes peuvent obtenir théoriquement sans condition de temps une couverture sociale par AME. S'ouvre alors le réseau de la médecine libérale. Le médecin généraliste devient le coordinateur de santé. Encore une fois, en pratique, il faut que le jeune en soit informé et les médecins généralistes sensibilisés aux besoins de santé de ces jeunes MNA. Or, dans sa thèse sur la représentation par les MIE du système de soins français, réalisée en 2016 M. Guegan montre que les MNA ont une représentation restreinte du médecin généraliste et que son rôle et son fonctionnement sont souvent mal connus des MNA (38).

Les structures accueillantes des MNA nouvellement arrivés donc sans protection, peuvent si nécessaire, orienter les jeunes, *via* le commissariat, vers une mise à l'abri par le CD afin d'obtenir un accompagnement relatif à la protection de l'enfance.

De manière générale, une fois mis à l'abri, le jeune peut avoir recours au réseau ASE+ / CMU- jusqu'à l'obtention de son OPP. Durant cette période, il est hébergé généralement à l'hôtel et peut, en cas d'urgence, avoir accès au médecin généraliste du foyer de l'enfance. Si besoin, il sera orienté vers la médecine libérale ou hospitalière mais **sous condition d'obtention d'un bon médical fourni par le CD**. Le réseau de santé du jeune est dans cette situation beaucoup plus **limité**. C'est pourquoi, il a recours au réseau associatif pour pallier les difficultés d'accès au sein du Département.

On peut se poser la question de la pertinence des bons médicaux utilisés par le CD. Théoriquement, les MNA devraient bénéficier de la CMU-c dès leur mise à l'abri. Or nous avons vu que le système de bon médical utilisé par le CD a des répercussions sur l'accès aux soins des MNA. Je suppose également que ce système permet un contrôle du CD de l'utilisation du système de soins des MNA. Ceci pose quelques questionnements d'ordre éthique. Sommes-nous

dans une dynamique de contrôle ? Pour quelles raisons le CD ne respecte-t-il pas dans les droits des MNA demandant une protection en tant que mineur en danger ?

Il y a probablement une raison à cette démarche, seulement n'ayant pas obtenu d'entretien avec un responsable, je n'ai pas de réponse à mon questionnement.

Après obtention de l'OPP, le jeune bénéficie généralement de la CMU-c. Le réseau de santé s'élargit et devient moins limité. Le jeune a accès au réseau départemental et à tous les protocoles de dépistage, de prévention et de soins mis en place. Il a accès librement à la médecine libérale et hospitalière. On visualise facilement que le noyau central de cette prise en charge revient aux structures départementales qui semblent avoir un rôle de coordination de soin. L'unité de soin du FDE et les structures relais orientent les jeunes en fonction des besoins médico-sociaux détectés. Particulièrement pour la prise en charge psychique et « bien-être », le réseau s'élargit aux acteurs associatifs.

Le schéma ASE + / CMU + permet de se rendre compte également d'une bonne coordination intra-hospitalière. Ceci est peut-être dû à la proximité des sites et à l'ancienneté des relations pour d'autres publics.

Nous remarquons également que, même dans le cas des jeunes protégés avec une CMU-c, les partenaires privilégiés, pour une prise en charge de la santé mentale appartiennent généralement au secteur associatif (CFF, MDA, MdM).

Ceci ne reflèterait-il pas un manque de moyens déployés et/ou de professionnels formés et accessibles pour la prise en charge en santé mentale au sein du Département ou de la médecine hospitalière et libérale pour ces jeunes?

Lorsque l'on visualise les quatre schémas, on remarque que le réseau ASE+/CMU+ est le réseau le plus développé et que les acteurs sont issus de tous les secteurs alors que les MNA ASE-/AME- sont très vite limités en termes de réseau. Concernant la prise en charge en santé, il semble qu'il est préférable pour un MNA d'être protégé par le Département et de bénéficier d'une CMU-c.

Par ailleurs, on peut facilement entendre, devant la complexité de ces réseaux, que les MNA aient des difficultés à comprendre le système de soins de Montpellier.

Il semblerait intéressant dans un premier temps d'étayer ces schémas en complétant les réseaux, les acteurs, les orientations, réelles et en constante évolution. Puis, de sensibiliser les acteurs eux-mêmes à cette complexité afin qu'ils puissent informer au mieux les MNA, leur préciser l'importance d'obtenir une couverture sociale et les orienter vers les structures médico-sociales adaptées à leur situation. Il serait pertinent de former les médecins généralistes aux besoins

spécifiques des MNA car ils sont les coordinateurs médicaux centraux des jeunes hors ASE. Et face à l'augmentation en nombre de jeunes MNA dans cette situation, les médecins généralistes seront de plus en plus impliqués.

Par ailleurs, le nombre et l'hétérogénéité des acteurs rend indispensable une bonne coordination entre eux. Or, il a été mis en évidence lors de cette étude que la coordination montpelliéraine est trop insuffisante. Ce problème se retrouve également à plus grande échelle, au niveau inter-départemental mais aussi international. Les acteurs interrogés expliquent que les informations, les transmissions semblent difficiles à échanger et la communication pas toujours facilitée entre eux. Ce constat a été retrouvé dans une autre étude à échelle départementale, au sein des acteurs de la protection de l'enfance. En effet, dans son travail réalisé en 2016, intitulé *Mineurs non accompagnés : Quel défi pour la protection de l'enfance ?* (39) A. Bantsimba met en évidence « un manque de coordination entre l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance », dans le Languedoc-Roussillon.

Les facteurs expliquant cette coordination imparfaite d'après cette étude sont les suivants :

- La mauvaise connaissance du réseau par les acteurs ;
- La multiplication des référents et des acteurs ;
- Le caractère évolutif du réseau avec le changement d'acteurs ;
- La mobilité territoriale des MNA.

Nous avons vu précédemment que le réseau de soins autour des MNA est très complexe sur Montpellier, c'est donc sans surprise que les acteurs eux-mêmes ont des difficultés à connaître ce réseau. Ils ne savent pas toujours à qui transmettre les informations ou vers qui orienter les jeunes. De plus, ce réseau est en permanente évolution et relativement nouveau dans la sphère médico-sociale territoriale. Ceci demande une adaptation permanente par tous. Aussi, comme tout réseau de soins, plus il y a d'intervenants aux missions spécialisées et cloisonnées, plus la coordination entre les acteurs est nécessaire mais difficile. Enfin, plus il y a d'intermédiaires pour faire passer une information, plus le risque est grand qu'elle se perde.

Ces facteurs, identifiés ici, semblent logiques et non spécifiques aux MNA. Ils sont en effet communs à toutes les organisations médico-sociales gravitant autour d'un public vulnérable dont les situations sont généralement complexes et les besoins nombreux nécessitent plusieurs professionnels de champs différents.

D'autre part, la mobilité territoriale est un facteur spécifique à ce public compliquant la coordination entre les acteurs. En effet, l'instabilité de la situation de ces jeunes, avec la répartition par la cellule nationale, les départs liés à la non-reconnaissance de leur droits, la

poursuite du parcours migratoire, sont des causes de leur mobilité, inter-départementale, voire même internationale. D'autant plus que cette mobilité est parfois inattendue et brutale. Dans ce contexte, il semble encore plus ardu de transmettre correctement les informations médicales et sociales entre acteurs et d'empêcher les ruptures de soins et les redondances. C'est un facteur qui est cependant signalé pour tous les enfants protégés par l'ASE. D'après le rapport de mars 2016 intitulé : *L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin*, la perte d'information au cours du parcours de soin des enfants placés due à leur mobilité est une problématique relevée par les soignants (40).

La coordination entre professionnels intervenant auprès d'un même public est cependant essentielle à une bonne qualité de soin. En effet, dans toute organisation de santé médico-sociale, comme celle autour des MNA à Montpellier où la performance répond à des règles de division du travail et de spécialisation professionnelle, il est nécessaire d'avoir davantage de coordination entre les professionnels pour assurer un parcours de soin et une qualité des soins optimaux (22)¹⁴. En effet, dans le cas présent, le manque de coordination ou les difficultés de transmission des informations relatives à la santé des MNA peut être à l'origine d'une non-continuité de soins. Les examens peuvent facilement être multipliés et un risque de iatrogénie possible, une perte de confiance, voire même de la méfiance de la part du jeune peuvent apparaître, sans parler du coût que cela implique.

Il semble intéressant de faire le parallèle avec un autre public vulnérable, dont les situations sont aussi complexes : **les personnes âgées**. Beaucoup de publications dans la littérature autour de la coordination et l'intégration de soins pour ce public signalent les mêmes difficultés entraînant des coûts supplémentaires et inappropriés : la pluralité des acteurs déployés, la fragmentation des parcours de santé, la multiplicité des professionnels dans les champs social, médico-social et sanitaire (41).

D'ailleurs l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) explique que « *La population Personne Agée permet la modélisation d'une démarche qui pourra ensuite s'appliquer à d'autres populations :*

- *Population à la charnière des différents secteurs ;*
- *Population fragile et dépendante ;*
- *Population en constante augmentation dont la prise en charge coûte cher » (42).*

14 Ces notions sont d'ailleurs présentes dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (SNS) adoptée par le gouvernement fin décembre 2017. L'axe 3 de la SNS «Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé» prévoit notamment d'assurer la continuité des parcours en santé. La SNS promeut « une logique de complémentarité qui doit se traduire par des parcours de santé fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture. » Elle appelle, entre autres, à une meilleure gestion des transitions.

Ce qui est le cas pour la population MNA. Il serait donc probablement intéressant de s'inspirer de la recherche autour de la coordination de soins des personnes âgées pour améliorer celle des MNA.

Un autre facteur déterminant dans la coordination entre acteurs de santé, non mentionné lors des entretiens de cette étude, est la présence ou non d'un système d'information commun ou interconnecté permettant un partage d'informations sécurisé et spécialisé. Or, pour les jeunes MNA, cela n'existe pas à Montpellier, en dehors du CHU. A défaut, le carnet de santé et de vaccination est une solution pour restreindre la perte d'information et éviter les ruptures de soins et les redondances. S'il n'en a pas été question dans les entretiens, cela ne veut pas dire que ce facteur n'intervient pas. Dans le cas des jeunes MNA et particulièrement pour les jeunes hors-ASE, vivants dans des conditions très précaires, parfois dans la rue, il semble difficile de conserver à long terme un carnet de santé. Un carnet de santé dématérialisé pourrait dans ce cas être une solution avec code d'accès que le jeune pourrait donner aux professionnels s'il le souhaite. Cela engage les professionnels à prendre le temps d'expliquer aux jeunes l'intérêt d'un carnet de santé et d'une continuité de suivi. Ceci pourrait avoir la forme d'une **clé USB** sécurisée par exemple délivrée par le CD que le jeune conserve et partage s'il le souhaite à chaque consultation.

Pour améliorer la coordination entre acteurs, un « **groupe ressource** » a été mis en place à Montpellier, à l'initiative des professionnels de la MDA 34 de Béziers et de Montpellier. Il s'agit d'un temps de rencontre, basé sur le volontariat, d'échanges d'expériences et d'informations, à l'intention de tous les acteurs gravitant autour des MNA. C'est une excellente initiative qui permet aux acteurs de se reconnaître, de se rencontrer et de discuter des problématiques de chacun. C'est aussi l'occasion de mettre en place des plans d'actions collectives transversales permettant de mieux articuler les actions d'accompagnement. Cette initiative devrait être, à mon sens, davantage portée et soutenue financièrement par les pouvoirs publics.

4.2.2. Discussion autour des réponses aux besoins en santé jugées insuffisantes

Les acteurs de santé soulignent que les MNA sont des enfants vulnérables, cumulant des fragilités spécifiques. Ils ont, de manière générale, mis en avant leurs besoins importants en santé psychique, sans oublier les besoins physiques.

Les quelques données issues des entretiens à ce propos reflètent bien les données de la littérature exposées dans la première partie de cette thèse ; les pathologies infectieuses, dentaires et

orthopédiques étant les pathologies principalement rencontrées. Cependant, je n'ai pas de données précises quant aux pathologies infectieuses identifiées par les interviewés (13). Par ailleurs, un grand nombre d'acteurs m'ont souligné le besoin essentiel d'une prise en charge de la santé mentale des MNA reflétant ainsi les données de la littérature française et internationale à ce propos (43) (15) (44).

En filigrane des entretiens, on comprend que l'ensemble des besoins en santé nécessitent une prise en charge globale, adaptée, pluri-disciplinaire de prévention, de dépistage, de traitement et de suivi.

Au sein de l'ASE, les réponses mises en place par le Département de l'Hérault semblent insuffisantes selon certains interviewés. Du fait d'un manque remarquable de personnel, de moyen et de temps, les réponses ne semblent pas adaptées aux besoins. Tous les MNA mis à l'abri ne sont pas suivis par un professionnel de santé, et pour certains aucune évaluation médicale n'est proposée. Le protocole complet de dépistage et prévention n'est mis en place qu'une fois l'OPP délivrée. Les délais de rendez-vous sont trop longs et les suivis difficiles. Dans l'ensemble, il n'y aurait pas assez de personnel (éducateur ou IDE) pour vérifier la bonne observance des traitements et assurer tous les accompagnements. Ceci a des répercussions négatives sur la qualité des soins des jeunes et donc sur leur état de santé.

Ces constats doivent être cependant nuancés. En effet, certains acteurs semblent satisfaits de la prise en charge en santé. Particulièrement dans la structure UTOA, où la prise en charge sanitaire des MNA « privilégiés » semble satisfaire les professionnels. Dans cette structure, tous les MNA ont une couverture sociale adaptée et un accès libre à la médecine libérale.

Cependant, il semble que toutes ces problématiques plutôt d'ordre organisationnel soient expliquées par les acteurs par l'insuffisance des moyens impartis ainsi que par un manque de personnel et de temps. Or, les moyens ne semblent pas se débloquent au niveau des institutions départementales ou étatiques.

La saturation du dispositif départemental héraultais relatif à la protection de l'enfance n'est pas un constat nouveau ou un cas isolé. En octobre 2017, Médecins du Monde dans sa note *Accès aux droits et aux soins des enfants et adolescents non accompagnés en France*, constate que le dispositif d'aide sociale à l'enfance est déjà saturé avec un manque de moyens et des places insuffisantes pour tous les mineurs en danger sur le territoire national (45). L'association préconise d'intensifier les moyens humains et financiers des services de protection de l'enfance des départements.

Une étude réalisée par A. Bantsimba dans le Languedoc-Roussillon en 2016 intitulée *Mineurs non accompagnés : Quel défi pour la protection de l'enfance ?* (39) explique que « de la même manière que les Départements reprochent à l'État de ne pas les soutenir suffisamment financièrement, les opérateurs ont le même sentiment vis-à-vis des Départements avec des pressions et contraintes toujours plus fortes d'en haut. Ainsi les services et établissements associatifs estiment manquer de moyens pour mener correctement leurs missions en termes d'évaluation et d'accompagnement ».

Toutefois, n'ayant pas obtenu d'entretien avec un responsable départemental, et à défaut de publication sur ce sujet, je n'ai pas de données précises sur les difficultés rencontrées par le département héraultais en matière de protection de l'enfance.

Les moyens destinés à l'accompagnement et la prise en charge en santé, et particulièrement en santé mentale, des MNA protégés sont insuffisants, et ce, essentiellement lors de la phase de mise à l'abri. C'est un constat que l'on retrouve à l'échelle nationale. Ceci dit, la situation est pire pour les MNA exclus du dispositif de protection de l'enfance.

Pour les MNA en dehors de tout dispositif départemental (ASE-), les réponses aux besoins de santé s'appuient sur les réseaux associatifs essentiellement. Selon cette étude et dans ce contexte, les suivis sont quasiment impossibles et les parcours de santé beaucoup plus chaotiques. Ceci s'explique en grande partie par des moyens beaucoup plus restreints issus des réseaux associatifs basés sur des budgets plus « précaires » et le dynamisme de bénévoles. Médecins du Monde, par exemple, fonctionne avec des professionnels de santé bénévoles : réaliser un suivi au long cours n'est pas une mission que l'association devrait réaliser.

Médecins Sans Frontières (MSF) fait le même constat pour ces jeunes qu'ils qualifient de « ni majeurs, ni mineurs » dont « la prise en charge est souvent partielle et discontinue »(46).

La solution pour ces jeunes semble être l'ouverture des droits au plus vite avec une orientation vers la médecine de ville. Il est alors nécessaire de sensibiliser au maximum les médecins généralistes aux besoins particuliers de ces jeunes vulnérables puisqu'ils deviennent les premiers interlocuteurs et coordinateurs-santé des MNA.

En ce qui concerne la prise en charge psychique, tous les acteurs sont d'accord pour dire qu'elle manque cruellement à Montpellier. Ils mettent en lumière l'insuffisance ou la quasi absence de professionnels formés accessibles. Les structures existantes adaptées (Centre Frantz Fanon et MDA) sont saturées.

Au sein de la protection de l'enfance, c'est un constat qui a déjà été identifié dans la littérature existante. En effet, dans leur rapport intitulé *Accès à la santé et sens du soin des enfants protégés*

de mars 2016, les auteurs S. Euillet et J. Halifax mettent en évidence des problématiques liées à la prise en charge psychique pour les mineurs protégés par l'ASE, non spécifiques aux MNA. Deux raisons sont énoncées, identiques à ce travail de recherche : l'inaccessibilité en termes de place et des réponses inadaptées aux besoins (40).

4.2.3. Discussion autour des facteurs influençant l'accès aux soins

Dans cette étude, plusieurs facteurs ont été identifiés comme influençant l'accès aux soins des MNA à Montpellier. Le principal est la couverture sociale dont ils disposent ou non. D'autres facteurs sont liés à leur statut d'étrangers et à leur statut de mineurs. Le dernier facteur, lié à l'absence de budget est partagé avec toute personne en situation de précarité. Dans cette partie, nous allons discuter de ces principaux facteurs influents.

Précédemment, nous avons déjà expliqué que **le facteur « couverture sociale »** influence le parcours de santé des MNA à Montpellier. C'est un facteur déterminant quant à l'accès aux soins pour la majorité des structures, particulièrement l'accès aux services de la médecine libérale et hospitalière. Or, d'après les entretiens, tous les MNA ne bénéficient pas d'une couverture maladie.

Parfois, au sein de l'ASE, la CMU n'est pas distribuée aux jeunes par manque de temps, ou parfois même, de manière volontaire. Cela permettrait, d'après les acteurs concernés, de centraliser les informations et les suivis au sein du foyer de l'enfance afin d'éviter les redondances. Bien que l'intention soit bienveillante de la part des équipes, une question éthique se pose : dans un contexte de saturation et de manque de moyens évident, où tous les jeunes ne peuvent être suivis par le foyer de l'enfance, est-il réellement judicieux de ne pas distribuer la CMU aux MNA protégés, de les empêcher d'être autonomes et d'accéder librement à un suivi par un médecin traitant ?

D'après les acteurs, il arrive également que certains spécialistes refusent la CMU. C'est une pratique illégale de refus de soins mais malheureusement connue et dénoncée par les défenseurs des droits des patients. Cela ne concernerait pas uniquement les spécialistes mais également certains généralistes, également au détriment des bénéficiaires de l'AME. A terme, cette pratique discriminatoire encourage le phénomène du « non-recours aux droits », soit de renoncement aux soins (47).

En pratique, les jeunes exclus de l'ASE bénéficient à Montpellier de l'AME. Il n'a pas été mentionné de difficulté particulière à l'obtention des droits relatifs à l'AME sur ce territoire. Cependant, d'après un rapport récent réalisé par MSF en juillet 2019, les jeunes MNA non

reconnus mineurs suivis au centre MSF de Pantin ont des difficultés en pratique à obtenir l'AME, car il leur faut attester d'une adresse fixe. Or, ils dorment quasiment tous dans la rue et n'obtiennent pas facilement une adresse auprès des organismes agréés. En 2018, seuls 15 % des jeunes suivis par les équipes du centre de Pantin ont pu être domiciliés et 3,5 % ont obtenu l'AME (48).

Par ailleurs, dans cette étude, il arrive que l'utilisation de la CMU soit limitée car mal comprise des MNA. C'est un phénomène qui a déjà été constaté par MdM en octobre 2017. En effet, l'association a dressé un état des lieux en France visant à mettre en évidence les obstacles à l'accès aux soins. Elle explique que les jeunes confiés à l'ASE bénéficient généralement de la CMU-c mais ils ne sont pas toujours informés de leurs droits. Ceci serait dû à un manque d'accompagnement éducatif (45).

Cette connaissance insuffisante de la CMU s'inscrit dans une problématique plus large freinant l'accès aux soins : **la méconnaissance du système de soin français par les MNA**. Les acteurs de soins et leurs rôles semblent mal repérés et mal connus des jeunes, et particulièrement les professionnels de la santé mentale. Parfois même, une notion de méfiance vis-à-vis du corps médical peut freiner les soins.

Le système de santé français est compliqué, il est mal connu des jeunes français et cette méconnaissance participe au non-recours aux soins pour les français. Un groupe de travail piloté par M. Legros en 2013, « *Santé et accès aux soins : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins* », confirme que l'un des facteurs responsables du non-recours aux soins est la méconnaissance des dispositifs, particulièrement chez les « grands adolescents et les jeunes adultes » (49).

Il semble évident qu'un jeune venant d'un autre pays, aux organisations sanitaires et sociales différentes des françaises, ait des difficultés à se repérer dans les réseaux et les dispositifs proposés.

Des difficultés de prise en charge, d'accompagnement et de bon fonctionnement du réseau sont parfois liés aux **représentations de la santé**. Les MNA n'ont pas les mêmes rapports à la santé et au corps que les occidentaux. Ils n'ont pas le « même référentiel » que les soignants et, de fait, pas les mêmes priorités. Cette différence n'est en aucun cas péjorative, mais demande cependant une adaptation réciproque pour une meilleure rencontre et une meilleure réponse aux besoins. Or, l'adaptation nécessite incontestablement du temps et le temps est ce qui manque le plus aux acteurs de santé. Cet écart de représentations demande aux professionnels de sortir de leurs

habitudes et les interroge beaucoup. Il a souvent été jugé comme un frein à l'accès aux soins dans cette étude.

Cette notion de représentation de la santé, on la retrouve souvent dans la littérature, par exemple dans son intervention au colloque PUCAFREU en 2012, S. Dutertre, psychologue à Marseille, souligne « *qu'il est nécessaire de changer de grille de lecture pour comprendre que les difficultés du jeune à se soumettre à notre modèle culturel ne consistent pas en une revendication opposante de sa part mais en une forme de résistance liée à la souffrance qu'il ressent. Il s'agit tout simplement d'un mécanisme de défense. Les MNA ont en effet besoin de se raccrocher à ce qu'ils connaissent en termes de repères culturels pour se maintenir sur le plan identitaire. Cette souffrance vient des exigences à devoir se transformer pour intégrer une société à laquelle ils n'ont pas été préparés par leurs parents, à satisfaire un projet que les travailleurs sociaux ont pour eux* » (50).

Origine étrangère sous-entend évidemment langue étrangère, même si beaucoup sont francophones. **La barrière de la langue** est vécue différemment selon les acteurs. Certains considèrent qu'avec les moyens technologiques actuels de traduction comme *google translate*, les connaissances basiques de l'anglais et « la débrouille », la langue n'a pas d'influence sur la prise en charge. D'autres pensent que le frein existe mais est levé par des moyens de traductions et d'interprétariat fiables, comme ISM. Par ailleurs, ISM est perçu par d'autres comme un moyen inadapté et insatisfaisant. Ces derniers estiment que la barrière de la langue est un véritable frein à l'accès aux soins et que celle-ci peut avoir des conséquences sur le suivi ou l'observance des traitements.

Dans sa thèse s'intéressant au vécu des médecins généralistes dans leur relation de soins avec les MIE, réalisée en 2016 à Angers, E. Coulange explique que la barrière de la langue est évoquée unanimement par les médecins généralistes comme une entrave à la communication médicale. Ils auraient peu recours à un interprétariat professionnel car trop onéreux mais plutôt à un interprétariat informel par une connaissance ou un membre de la communauté. Ce qui apparaît à l'auteur peu satisfaisant car cela peut être biaisé (51).

Dans une étude menée en 2016 par D. Boeno et S. Dutertre, il est expliqué que la consultation d'un MNA nécessite un « *certain nombre d'aménagements du cadre habituel de la pratique médicale occidentale* », particulièrement lors de l'interrogatoire. L'une des solutions est la présence d'un interprète, qui devient un acteur central de la consultation et qui permet de faire des liens entre deux univers culturels (52).

L'ANESM dans son rapport de 2017 intitulé *L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers »* met l'accent sur l'intérêt d'un interprète en présentiel, particulièrement dans la prise en charge psychique des jeunes MNA. L'interprète est associé à un rôle de médiateur en santé. Il favorise la relation de confiance entre le jeune et le soignant et peut apporter des indications sur la culture du pays d'origine. Il permet aux jeunes de s'exprimer dans leur langue maternelle, ce qui facilite évidemment l'expression des émotions. L'ANESM spécifie bien « qu'à défaut », il est important de recourir à un service d'interprétariat-traduction par téléphone ou visioconférence (53). C'est intéressant de voir que l'État stipule dans ce rapport des préconisations de bonne prise en charge mais ne donne pas les moyens de les mettre en application.

Le CFF apporte une attention particulière à la dimension interculturelle de la rencontre et au rôle essentiel des interprètes dans ce contexte. Les interprètes sont même considérés comme des « co-thérapeutes ». L'une des activités principales du centre est la formation de ces interprètes.

Il serait extrêmement intéressant qu'à terme tous les acteurs dont médecins généralistes puissent faire appel aux interprètes formés par le CFF pour les consultations avec les MNA et plus largement avec tous les exilés.

La plupart de ces obstacles, observés sur Montpellier, se retrouvent dans les rapports associatifs sur d'autres territoires. Dans le rapport de 2014 de l'*Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de MdM*, il est rapporté que les obstacles à l'accès aux soins des MNA sont principalement liés à un défaut de protection maladie, à la méconnaissance des droits et des structures, aux difficultés administratives ou encore à la barrière linguistique. D'après les auteurs, ces facteurs retarderaient l'accès aux soins et parfois seraient responsables d'un renoncement aux soins de la part des jeunes (54).

Par ailleurs, d'autres facteurs liés à leur âge ont été mentionnés dans cette étude : la **nécessité d'être accompagné** pour un mineur et le **refus de soins** par certains professionnels en raison de l'absence d'autorisation de soins ou de représentant légal.

De manière générale, quand les équipes médicales font face à une personne mineure, elles s'efforcent de prévenir le représentant légal et d'obtenir son consentement selon l'article R.4127-42 du Code de la Santé Publique.

Il existe deux cas de figures :

- Les jeunes pris en charge par l'ASE : le responsable légal qui donne les autorisations de soins au sein du CD n'est pas toujours joignable et l'autorisation non immédiatement

délivrée. Cela peut conduire à un refus de soins ou à des retards de soins par les équipes médicales.

- Les mineurs non protégés par l'ASE : ils n'ont pas de responsable légal. Seulement, leurs documents civils attestent qu'ils sont mineurs et les équipes médicales vont exiger un responsable légal. Ils se retrouvent parfois devant un refus de soins faute de représentant légal.

En théorie, ce sont des refus qui n'ont pas lieu d'être.

En effet, il existe des dérogations à l'obtention de l'autorisation de soin en cas d'urgence et d'autorisation immédiate non disponible. Elles sont détaillées dans l'article L. 1111-5 al. 1 du Code de la Santé Publique : « *Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.* »

Ou encore dans l'article L1111-4 al. 6 du Code de la Santé Publique : « *Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.* »

Cela veut dire qu'il est possible de pratiquer une intervention médicale en l'absence du consentement des représentants légaux du mineur à condition que « *le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure* » et qu'une personne majeure accompagne le mineur en question.

Parallèlement, l'article L. 1111-5 al. 2 du Code de la Santé Publique stipule que « *lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.* »

Cependant, il semble que **les dérogations sont trop souvent mal connues** des acteurs de soins.

C'est une problématique que l'on retrouve dans beaucoup de rapports associatifs fiables. MSF, dans son rapport de juillet 2019, met en évidence la difficulté de soigner des mineurs sans représentant légal et particulièrement les jeunes non reconnus par l'ASE(48). Aussi, Médecins du Monde, dans son rapport d'activité 2016, met également en évidence les refus de soins, en raison de l'absence de référent parental pour autoriser des soins.(55)

De manière générale la quasi totalité des facteurs sus-cités sont communs aux obstacles retrouvés par M. Guegan dans sa thèse intitulée *Représentations, vécu et ressenti par les mineurs isolés étrangers du système de santé français*, parue en 2016. On retrouve en commun des freins comme la barrière de langue, la « différence culturelle », la nécessité d'être accompagnés ou encore la complexité du système de soin. Elle met en évidence les difficultés des MNA à repérer les acteurs de santé et à comprendre le rôle de la CMU. Dans sa thèse, la connaissance sur l'assurance maladie ressort de manière générale très disparate. Elle souligne d'autres exemples, non identifiés dans ma recherche, comme la complexité de la « procédure » pour l'obtention de médicaments et la mauvaise connaissance du rôle et du fonctionnement du médecin généraliste. Dans cette thèse M. Guegan montre que les MNA s'en remettent souvent à leur **éducateur** en cas de problème médical (38).

En effet, les éducateurs ont un rôle essentiel dans la prise en charge des MNA. Ils doivent réussir à accompagner les jeunes dans tous les domaines les concernant : juridique, scolaire ou professionnel, santé, loisir et culturel. Ils doivent établir une relation de confiance dans un contexte où une rupture du lien peut se faire brutalement. Ils doivent dépister les besoins des mineurs « *malgré les effets de la rencontre d'une culture différente et de la forte résonance émotionnelle provoquées par ces situations* » (56).

Dans le cadre de la santé et en coordination avec le reste des acteurs, les éducateurs doivent informer et expliquer aux jeunes, leurs droits et comment les faire valoir. Par exemple, les informer de leurs droits quant à l'assurance maladie et le rôle de celle-ci. Ils accompagnent les jeunes aux rendez-vous médicaux et deviennent une sorte de médiateur en santé entre les jeunes et les professionnels médical.

Ils ont véritablement un rôle déterminant dans l'initiation, l'accès et l'accompagnement aux soins.

Cet accompagnement dépend de beaucoup de facteurs et particulièrement du temps imparti pour chaque MNA dont un éducateur est responsable. Mais également de la propre représentation culturelle de l'éducateur quant à la priorité de soins, aux inégalités sociales de santé et

l'ensemble des facteurs appartenant au « prendre soin », de la charge émotionnelle que cela implique ou encore de la conscience professionnelle de chacun.

Or, il est évident que le nombre d'éducateurs par MNA mis à l'abri par le foyer de l'enfance de l'Hérault est insuffisant pour permettre un bon accompagnement médico-socio-éducatif global. En plus, d'après une étude de 2016, les éducateurs rencontrent un tas de difficultés liées « *aux enjeux du projet éducatif, à la rencontre de l'altérité* » et perçoivent la **nécessité de formations spécifiques** (56).

4.2.4. Discussion autour de la prise en charge globale des MNA

Dans cette étude, il apparaît que la prise en charge globale des MNA à Montpellier est préoccupante aux yeux des personnes interrogées. Tout au long de leurs parcours, les conditions d'accueil des jeunes MNA semblent unanimement inadéquates, voire indignes.

Le manque d'accompagnement éducatif, l'isolement à l'hôtel, les délais de prise en charge interminables, l'évaluation de leur situation sévère et abusive, le manque d'accompagnement éducatif, les conditions de logement parfois, la mobilité territoriale due à la répartition nationale, la rupture de prise en charge à la majorité sont autant d'exemples cités par les acteurs qui reflètent une prise en charge à Montpellier inquiétante et inadaptée pour des enfants en danger.

Par exemple, la notion des délais est retrouvée dans l'étude *Mineurs non accompagnés : Quel défi pour la protection de l'enfance ?* A. Bantsimba montre que les délais d'attente varient entre deux et neuf mois entre la fin de l'évaluation sociale et la décision du Parquet dans le languedoc-Roussillon. Au cours de cette période, les MNA sont toujours à l'hôtel, quasiment sans accompagnement social (39).

La situation des jeunes MNA exclus de l'ASE est encore plus alarmante. S'ils n'ont pas été reconnus mineurs par le Département, ils sont exclus de toute aide départementale et risquent parfois même une incarcération. Non reconnus mineurs, ils ont cependant souvent des documents d'identité les attestant mineurs. Non mineurs et pour autant non majeurs ils sont également souvent exclus de toutes aides associatives traitant avec les majeurs. Ils se retrouvent alors sans hébergement, sans suivi éducatif, sans accès à l'éducation, ni même à la satisfaction des besoins les plus vitaux (nourriture, hygiène, vêture) (45). Ils peuvent difficilement obtenir un titre de séjour, à moins d'apporter des pièces nouvelles permettant de les identifier.

Il est intéressant de préciser qu'un bon nombre de jeunes font recours après une évaluation les jugeant non mineurs et il se trouve qu'un bon nombre d'entre eux sont reconnus mineurs a

posteriori (45). Selon MSF, 57,7 % des jeunes sont reconnus mineurs suite à un recours au centre de Pantin en 2018 (57).

La situation de précarité, c'est-à-dire d'instabilité, d'insécurité des conditions de vie, est définie par Wresinski par « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux* ». Cela touche particulièrement les personnes en difficultés sociales et économiques, et la précarité a un impact important sur leur état de santé (58).

Les MNA et particulièrement les MNA hors ASE, sont dans une situation d'instabilité et d'insécurité que nous pouvons facilement définir comme précaire avec des déterminants sociaux alarmants. Leurs situations sociales, économiques et environnementales désastreuses ont forcément un impact sur leur état de santé.

Les inégalités sociales de santé (ISS) correspondent « *aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations.* ». Didier Fassin, médecin et docteur en anthropologie, définit les inégalités sociales de santé comme « *le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment par le corps* » (59).

Ces ISS résultent essentiellement de déterminants sociaux extérieurs au système de soin et de prévention. Les déterminants sociaux de santé représentent l'ensemble des conditions sociales qui ont une influence sur la santé et sur l'accès aux soins (60). Ils sont généralement articulés en trois niveaux d'expressions : individuel (âge, sexe, facteurs héréditaires), environnemental et sociétal (conditions socioéconomiques, culturelles, et environnementales globales, conditions de travail et de vie, influences sociales et communautaires et mode de vie) (61). Ce sont des notions bien connues des politiques sociales et de santé depuis la fin du XX^{ème} siècle.

De par leur vulnérabilité, leurs extranéité et leurs conditions de vie précaires, les MNA cumulent les déterminants sociaux de santé défavorables, influençant négativement leur état de santé. Il semble donc impératif de prendre en charge les MNA dans leur globalité. Il est difficile de dissocier leur prise en charge en santé de leur prise en charge éducative et sociale. Pour améliorer leur état de santé, il est donc incontournable de s'évertuer à améliorer leurs conditions sociales et environnementales.

Il apparaît donc qu'un travail en réseau bien coordonné entre tous les acteurs sur le territoire des MNA, qu'une mobilisation des politiques publiques départementales et nationales sont essentiels pour garantir une vie digne à ces jeunes.

Cependant, les Départements se trouvent en difficulté financière pour mettre en place des mesures adaptées et suffisantes pour répondre à leur devoir de protection de l'enfance. Les capacités d'accueil sont saturées, les demandes augmentent mais le budget demeure insuffisant. Un rapport de la mission bipartite de réflexion sur les MNA, rédigé en février 2018 par l'IGA, IGAS, IGJ et ADF met en lumière les difficultés, voire la situation de crise que traversent les dispositifs départementaux de mise à l'abri, d'évaluation et d'accompagnement des MNA. Ils déclarent avoir des difficultés à absorber le flux d'arrivées en augmentation constante, avoir des dépenses bien supérieures au remboursement forfaitaire étatique. Ils dénoncent une évaluation et une prise en charge variable selon les territoires et la plupart du temps insatisfaisante (6).

Les Départements conscients des difficultés souhaitent du gouvernement une implication budgétaire plus importante pour la prise en charge des MNA et de manière générale pour tous les enfants protégés par l'ASE. Or, actuellement les décisions politiques ne semblent pas aller en ce sens.

Dans le projet de recherche PUCAFREU à échelle européenne d'avril 2018, les chercheurs concluent qu'en France, Belgique, Italie et Espagne, les MNA étaient considérés comme des migrants avant d'être des enfants à protéger. Dans ce rapport il est précisé que « *en dehors des obstacles d'accès aux droits sociaux les plus basiques décrits dans ce document, le droit au développement et l'intérêt supérieur de ces mineurs (principes fondamentaux de la Convention internationale relative aux Droits de l'Enfant) sont régulièrement bafoués* » (62).

L'actualité et le récent fichier national biométrique des mineurs non accompagnés « donnent le la » quant à la tournure des engagements politiques et moraux du gouvernement. Il est inscrit dorénavant dans le CASF dans l'Article R221-15-1 créé par le Décret n°2019-57 du 30 janvier 2019 - art. 2 que « *Le ministre de l'intérieur (direction générale des étrangers en France) est autorisé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé "appui à l'évaluation de la minorité" (AEM), ayant pour finalités de mieux garantir la protection de l'enfance et de lutter contre l'entrée et le séjour irréguliers des étrangers en France et, à cet effet : D'identifier, à partir de leurs empreintes digitales, les personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et ainsi de lutter contre la fraude documentaire et la fraude à l'identité* » (63).

Les organisations de défense des droits des étrangers, dont le GISTI¹⁵, y voient un outil « qui permettra aux Départements de remettre en cause encore plus aisément la minorité des enfants qui sollicitent une protection et facilitera leur éloignement du territoire, sans égard pour le respect de leur vie privée et leur droit à une protection ».

15 Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés.

Dix-neuf associations dont MSF saisissent le Conseil d'État pour contester ce décret instaurant le fichage biométrique. Ces démarches sont pour le moment pilotées par quelques Départements, mais il a été démontré à partir des premières expériences, que ce fichage a pour conséquence la fuite des MNA des dispositifs de protection. Les jeunes sont effrayés de se présenter à la préfecture pour donner leurs empreintes et se détournent des dispositifs d'aide à l'enfance en danger (64).

Je pousserais même la réflexion un peu plus loin, ce qui n'engage que moi. Quand bien même ces jeunes auraient véritablement dix-huit ans, peut-être dix-huit ans et trois mois, ou même dix-neuf, cela fait-il d'eux des êtres humains non vulnérables ? Est-ce que parce qu'ils ont dix-huit ans et quatre mois, ils doivent être rejetés de toutes aides et considérés comme des « irréguliers » que l'on doit s'efforcer de jeter au delà de nos frontières? Leur vie a-t-elle moins de valeurs parce qu'ils sont étrangers et majeurs ? L'Union Européenne n'a-t-elle pas une part de responsabilité quant aux instabilités politiques mondiales actuelles et à la misère économique de certains pays ? Ne devons-nous pas nous considérer comme locataires de la planète de manière égalitaire et nous respecter en tant qu'humain ? Ne devrions-nous pas mobiliser notre énergie à protéger cette dite planète au lieu de construire des murs en béton afin de nous séparer au mieux ?

La situation des MNA intéresse de plus en plus le gouvernement, les Départements, les associations mais également la presse et les citoyens. Le débat actuel entre l'État, les Départements et les associations militantes pour définir les droits, les conditions d'entrée, d'évaluation, de répartition et d'accompagnement de ces jeunes revient à définir la place de ces MNA dans la société actuelle. Autrement dit, la question se pose de la légitimité des MNA à participer à la société dans laquelle ils s'installent. D. Fassin parle même de biolégitimité, c'est-à-dire de la valeur accordée à la vie de ces jeunes. En effet, si l'on suit la réflexion de ce médecin anthropologue, la définition de leurs droits,, de leur prise en charge, se traduit dans leurs conditions de vie, d'hébergement, d'accès aux soins et donc sur leur santé. Finalement, c'est leur vie, et donc leur mort aussi, qui dépend des décisions politiques et administratives qui définissent les conditions de leur accueil en France.

4.2.5. Evolution et perspectives

Premièrement, il est nécessaire de rappeler que le système de santé autour des MNA est une organisation sociale **en permanente évolution**. Depuis la réalisation des entretiens, de nombreux éléments ont déjà changé. Par exemple, à la suite de la fermeture de RAIH, une nouvelle association a vu le jour au cours de l'été 2019 : Majie. Cette association informe et accompagne

les MNA dans l'exercice de leurs droits. Des bénévoles ouvrent des permanences d'accueil hebdomadaires pour accompagner ces jeunes vers la culture, les loisirs, les rencontres, et les aident dans la résolution des problèmes quotidiens.

Grâce, entre autres, au groupe ressource de la MDA, de nombreux liens et partenariats entre associations se sont créés depuis 2018. Par exemple, le CFF, la CIMADE et la MDA étaient en train d'organiser au moment des derniers entretiens, des temps de paroles pour les MNA **en groupe** afin de pouvoir répondre à toutes les demandes de prise en charge, en arabe et en français. Aussi, le CFF a de multiples projets en cours pour les MNA comme par exemple l'organisation de rencontres avec les jeunes pour expliquer le rôle des psychologues.

C'est réellement une organisation en perpétuelle transformation. Un grand nombre des professionnels et bénévoles associatifs se mobilisent et s'engagent auprès de ces jeunes pour mettre en place de nouvelles idées d'amélioration pour leur prise en charge à Montpellier.

Aussi, il est intéressant de prendre en compte la solidarité d'un grand nombre de citoyens à titre personnel et bénévole autour de ces MNA. C'est un phénomène très difficile à évaluer, que je n'ai pas été en mesure d'observer dans cette recherche mais que j'ai pu constater à travers mon expérience personnelle. Ce réseau s'avère important à Montpellier et joue un rôle dans la dynamique de prise en charge des MNA. En dehors de toute organisation associative, ou parfois en lien avec des associations ou des collectifs, de nombreux citoyens viennent en aide à ces jeunes et aux exilés de manière plus générale en leur offrant un toit pour une nuit ou plus, un soutien psychologique, une adresse postale, une couverture, un accompagnement à un rendez-vous, des cours de français ou simplement partager une partie de foot ou un repas, un temps d'échange.

Afin de lever au mieux les freins sus-cités, de répondre de manière adaptée aux besoins de santé des MNA et d'améliorer la coordination entre acteurs, il semble essentiel de développer et prioriser à Montpellier des temps de formation. Pour cela, j'ai pensé à la médiation en santé :

imaginons un (ou plusieurs) poste(s) de **médiateur en santé** pour ces jeunes à Montpellier, idéalement financé par l'ARS et/ou la CPAM, de manière à être indépendante du Département et pouvoir prendre en charge tous les MNA, qu'ils soient pris en charge ou non par le Département.

L'HAS, dans son référentiel d'octobre 2017, définit la médiation en santé comme « *un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont d'améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes qui en sont éloignées* ». La figure suivante, issue de ce même rapport, propose une représentation de la médiation en santé (65) :

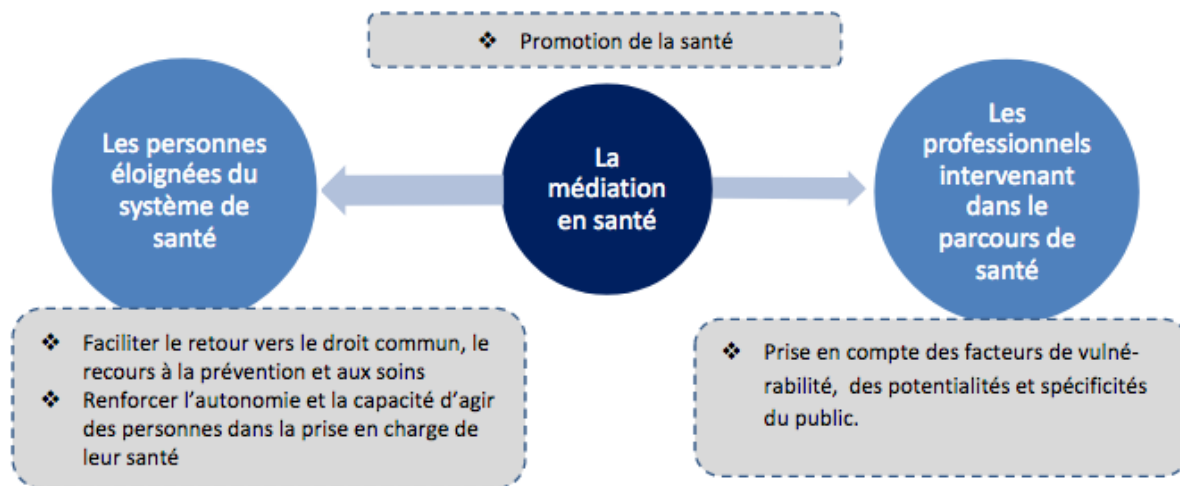


Figure 13 : Objectif de la médiation en santé. Source : HAS, 2017.

Ce médiateur permettrait de faire le lien entre les acteurs et les MNA, faire la promotion de la santé pour ce public dans un cadre déontologique bien défini (non-jugement, confidentialité et secret professionnel, respect de la volonté des personnes).

Il pourrait avoir plusieurs actions :

- « **Aller vers** », c'est-à-dire, aller vers les jeunes, les rencontrer, dans leurs lieux de vie (de la rue, à l'hôtel, dans les associations), mettre en place une relation de confiance. Mais également aller vers les professionnels de toutes les organisations, les rencontrer et s'appuyer sur leurs expériences, leurs outils et leur dynamisme.

- **Mettre en place des actions collectives d'éducation thérapeutique** auprès des jeunes MNA autour de plusieurs thèmes afin de promouvoir leur santé.

En prenant en compte cette notion de transculturalité et faire appel aux interprètes formés par le CFF pour que s'installe un véritable échange compréhensible pour tous. Ceci en favorisant la santé communautaire et la participation des MNA à choisir eux-mêmes les thèmes à développer. Les rendre acteurs de ces temps de formation.

En favorisant les échanges entre soignants et soignés, les jeux de rôle, en mettant de côté les cours magistraux très théoriques et unilatéraux.

Quelques thèmes à proposer qui semblent nécessaires suite à cette recherche :

- Qu'est-ce que c'est la santé ? Prendre soin ?
- L'importance de la prévention et du dépistage.

- La prise de sang.
- La CMU et l'AME. Quels sont vos droits ?
- Le rôle du psychologue « Je ne suis pas fou ».

Le médiateur pourrait faire intervenir des acteurs de santé volontaires comme référents et spécialistes de ces questions. Il pourrait les aider à mettre en place des outils simples d'informations (films, jeux, carnets d'image) en différentes langues.

- Mettre en place des temps d(')e (in)formations collectives auprès des acteurs de santé.

Pour tous, professionnels et bénévoles issus des structures départementales mais également associatives, hospitalières et libérales et particulièrement les éducateurs (rôle central en demande dans cette recherche).

Ceci en favorisant la participation des acteurs au maximum à l'organisation de ces échanges.

Quelques thèmes proposés après cette étude :

- Mieux connaître les réseaux locaux et les acteurs de santé engagés existants.
- Dérogations à l'autorisation de soins sans représentant légal.
- Questions éthique : Contrôle ou protection ? Enfants ou migrants ? (de la manière la plus neutre possible).
- Diversité des représentation de soins.
- Repérer, dépister, orienter en cas de souffrances psychologiques.
- D'analyse de pratiques : Comment prendre soin de ces jeunes aux situations instables ? Comment gérer ses émotions ?
- L'art de la communication non violente et constructive.

- Actions de sensibilisation des médecins généralistes installés à Montpellier et en formation.

Des temps de rencontre avec les médecins généralistes installés pour les sensibiliser sur les besoins de ces MNA. On pourrait imaginer un film court expliquant la situation, les besoins en santé et le réseau existant sur le territoire que l'on enverrait à tous les MG. Si certains souhaitent plus d'informations voire une formation sur ces questions, un numéro serait joint au film. En fonction de l'intérêt porté par les professionnels, des temps de formations pourraient être organisés.

Il serait pertinent également de développer à la Faculté de médecine générale auprès des internes de médecine générale un cours sur la santé des MNA.

Cependant, avant de mettre en place ce dispositif, il serait pertinent et nécessaire de faire la même étude à Montpellier mais **à travers l'expérience des MNA**. Ils apporteraient probablement des éléments essentiels à la compréhension de cette organisation sociale de santé et cela permettrait d'affiner le projet d'action imaginé.

CONCLUSION

Les MNA correspondent à une population vulnérable et complexe dont la santé n'est pas prise en charge à hauteur des besoins à Montpellier. Comme pour toutes personnes fragiles, aux besoins multiples, spécialisés et compliqués, la coordination entre les acteurs de santé doit être extrêmement développée pour arguer de la qualité des soins. Or, à Montpellier, la coordination entre tous les acteurs médico-sociaux qui participent aux réseaux de santé des MNA est fragile.

Aussi, alors que leurs besoins en santé physiques et psychiques sont importants et spécifiques, les réponses pour promouvoir leur santé sont insuffisantes à Montpellier et particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Le manque de moyens est indéniable.

Par ailleurs, en tant qu'enfants en danger, l'accès aux soins de ces MNA doit être, en théorie, inconditionnel et facilité principalement par l'obtention d'une couverture sociale adaptée. Dans la pratique, cet accès est compromis par de multiples facteurs. Le droit à une couverture sociale, en réalité, n'est pas toujours respecté. La complexité et la méconnaissance du système de soin français, les représentations et les priorités en santé différentes entre soignants et soignés, sont d'autres freins à l'accès aux soins qui pourraient être levés par l'organisation de temps d'échanges et de (in)formations entre les MNA et les acteurs. Aussi, il est primordial de sensibiliser et former les médecins généralistes sur les besoins de cette population croissante, car ils jouent un rôle de plus en plus central dans le soin et la coordination des parcours de soin.

Enfin et de manière plus générale, la prise en charge globale des MNA à Montpellier reflète bien la situation nationale alarmante quant à l'accueil des MNA et l'accès aux soins des exilés sur le territoire, décrite de plus en plus dans les débats médiatiques, les rapports associatifs et institutionnels actuels.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Par ordre alphabétique:

AME	Aide Médicale d'État
ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissement et Services sociaux et Médicaux-sociaux
APS	Association dePrévention Spécialisée
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Assistante Sociale
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ADF	Assemblée des Départements de France
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic
CFF	Centre Frantz Fanon
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CLAT	Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU(-c)	Couverture Maladie Universelle (et complémentaire)
CNCDH	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DEF	Département de l'Enfance et des Familles
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
ESPT	Etat de Stress Post Traumatique
FDE	Foyer De l'Enfance
FJT	Foyer de Jeunes Travailleurs
FLE	Français Langue Etrangère
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GISTI	Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IGA	Inspection Générale de l'Administration
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGJ	Inspection Générale de la Justice
IMO	Intégration par les Mouvements Oculaires
ISM	Inter Service Migrants
ISS	Inégalités Sociales de Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVLR	Institut de Victimologie Languedoc Roussillon
MDA	Maison des Adolescents
MdM	Médecins du Monde
MECS	Maison d'Enfant à Caractère Social
MIE	Mineurs Isolés Etrangers
MIT	Maladies Infectieuses et Tropicales
MNA	Mineurs Non Accompagnés
MSF	Médecins Sans Frontières
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPP	Ordonnance de Placement Provisoire
PAF	Police Aux Frontières
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	Programme Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
RAIH	Réseau Accueil Insertion Hérault
RESF	Réseau Education Sans Frontière
UMIPPP	Unité Mobile Intersectorielle Pour les Personnes en situation de Précarité
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
UTOA	Un Toit Où Apprendre

TABLE DES FIGURES :

- Figure n°1 : Nombre de MNA répartis par tranches d'âge de 2016 à 2018 - Source : Ministère de la Justice. 2018.
- Figure n°2 : Répartition des MNA par pays d'origine en 2018 - Source : Ministère de la Justice, 2018.
- Figure n°3 : Procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement - Source : Ministère de la Justice. 2018
- Figure n°4 : Structures départementales accompagnant les MNA à Montpellier
- Figure n°5 : Structures hospitalières et de santé publique accompagnant les MNA à Montpellier
- Figure n°6 : Principales structures associatives accompagnant les MNA à Montpellier
- Figure n°7 : Acteurs libéraux pouvant accompagner les MNA à Montpellier
- Figure n°8 : Réseau de santé pour les MNA protégés par l'ASE avec couverture sociale de Montpellier
- Figure n°9 : Réseau de santé des MNA protégés par l'ASE sans couverture sociale à Montpellier
- Figure n°10 : Réseau de santé des MNA protégés par l'ASE sans couverture sociale à Montpellier
- Figure n°11 : Réseau de santé des MNA non protégés par l'ASE bénéficiant de l'AME à Montpellier
- Figure n°12 : Comparaison des quatre réseaux de santé autour des MNA à Montpellier en fonction du statut de protection et de la couverture sociale
- Figure n°13 : Objectif de la médiation en santé. Source : HAS, 2017.

BIBLIOGRAPHIE

1. Refugees UNHC for. Refworld | Note sur les politiques et les procédures à appliquer dans le cas des enfants non accompagnés en quête d’asile [Internet]. Refworld. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.refworld.org/docid/47440c212.html>
2. Migrant/migration | Organisation des Nations Unies pour l’éducation, la science et la culture [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
3. Termes clés de la migration [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2015 [cité 8 août 2019]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
4. Rapports d’activité [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/rapports-dactivite-29333.html>
5. Rapport d’activité et d’observation 2019 | [Internet]. Comede. 2019 [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.comede.org/rapport-dactivite-et-dobservation-2019/>
6. Ministère de l’Intérieur. Les mineurs non accompagnés (mission bipartite de réflexion Inspections générales [IGA-IGAS-IGJ] - Assemblée des départements de France) [Internet]. [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Publications/Rapports-de-l-IGA/Rapports-recents/Les-mineurs-non-accompagnes-mission-bipartite-de-reflexion-Inspections-generales-IGA-IGAS-IGJ-Assemblee-des-departements-de-France>
7. Rapport de l’observatoire de l’accès aux droits et aux soins en France 2017 [Internet]. [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/10/16/rapport-de-l-observatoire-de-l-acces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2017>
8. [etude_sociologique_de_madame_etiemble.pdf](https://www.infomie.net/IMG/pdf/etude_sociologique_de_madame_etiemble.pdf) [Internet]. [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: https://www.infomie.net/IMG/pdf/etude_sociologique_de_madame_etiemble.pdf
9. [synthese_-_actualisation_typologie_mie_2013-2.pdf](https://www.infomie.net/IMG/pdf/synthese_-_actualisation_typologie_mie_2013-2.pdf) [Internet]. [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: https://www.infomie.net/IMG/pdf/synthese_-_actualisation_typologie_mie_2013-2.pdf
10. Exclus et traumatisés : la situation des mineurs non accompagnés en France [Internet]. Médecins sans frontières. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/actualites/exclus-et-traumatises-la-situation-des-mineurs-non-accompagnes-en-france>
11. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l’immigration en France. *Rev Econ.* 30 mars 2009;Vol. 60(2):385-411.
12. Bertrand M. La société chilienne face aux migrations « nouvelles » : savoirs de santé et parcours de soin d’Haïtiens à Santiago du Chili. 2017.

13. Peaud C, de Gentile L, Cateland L, Foucault N, Chabasse D, Pichard E, et al. Évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2017;47(4, Supplement):S95.
14. Baudino P. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013 [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2015.
15. Derluyn I, Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethn Health* [Internet]. 2 mars 2007 [cité 18 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13557850601002296>
16. Gerbes A. Le parcours de soins en santé mentale des patients migrants primo-arrivants à Rennes, du Centre Médical Louis Guilloux à la prise en charge psychiatrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
17. Lot F, Quelet S. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique / Migrants health and access to care: A public health challenge. :66.
18. Justice / Portail / Mineurs non accompagnés [Internet]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/>
19. [communiquemieherault17juillet2018.pdf](http://www.infomie.net/IMG/pdf/communiquemieherault17juillet2018.pdf) [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.infomie.net/IMG/pdf/communiquemieherault17juillet2018.pdf>
20. Avis sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cncdh.fr/>
21. Les droits fondamentaux des étrangers en France rappelés par le Défenseur des droits - Le site du CNLE [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/les-droits-fondamentaux-des.html>
22. Féry-Lemonnier E. adsp n° 88 - Parcours de santé : enjeux et perspectives [Internet]. 2014 [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=145>
23. L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « Mineurs isolés étrangers (MNA) » [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833668/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etrangers-mna
24. Un Toit Où Apprendre, Maison d'Hébergement et d'Insertion Sociale [Internet]. Un Toit Où Apprendre. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <http://utoa.fr/>
25. La protection maternelle et infantile (PMI) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>
26. Les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) et les Ateliers santé-ville (ASV) - Le site du CNLE [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/les-programmes-regionaux-pour-l.html>

27. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. La lutte contre la tuberculose en France [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/article/la-lutte-contre-la-tuberculose-en-france>
28. Centre de soins et de ressources Frantz Fanon [Internet]. La Cimade. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/activite/centre-de-soins-et-de-ressources-frantz-fanon/>
29. Présentation | maison des adolescents [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.mda34.org/presentation>
30. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
31. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm.* 2010;N° 102(3):23-34.
32. Ribau C, Lasry J-C, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes J-P. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Rech Soins Infirm.* 2005;N° 81(2):21-7.
33. Engberink AO, Bourrel G, Arino M, Julia B. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. 2013;20.
34. Calvez C. Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination Dossier Documentaire. 2018;34.
35. Élisabeth Féry-Lemonnier [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Personne?clef=1771>
36. Mukamurera J. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. 1 janv 2006;
37. Code de l'action sociale et des familles | Legifrance [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8D70931D849DF889A9BBACFF206991.tpdjo07v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006157610&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20081105
38. Guegan M. Représentations, vécus et ressentis par les mineurs isolés étrangers du système de soins français: étude qualitative portant sur 21 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
39. Bantsimba A. MNA, quel défi pour la protection de l'enfance ? | maison des adolescents [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.mda34.org/ressources/mna-quel-defi-pour-la-protection-de-lenfance>
40. Euillet S, Halifax J. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance: accès aux soins et sens du soin. mars 2016;201.

41. Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ? [Internet]. 2013 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/prevention-aidants-coordination-comment-passer-du-maintien-au-soutien-a-domicile-des-personnes-agees>
42. ANAP -Accompagner l'organisation des parcours de santé des personnes âgées sur un territoire [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.anap.fr/les-projets/piloter-les-projets-performance-en-accompagnant-les-etablissements/detail/actualites/accompagner-lorganisation-des-parcours-de-sante-des-personnes-agees-sur-un-territoire/>
43. Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents. *J Adolesc Health*. 1 mars 2009;44(3):291-7.
44. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. mai 2014;23(5):337-46.
45. Médecins du Monde - Accès aux droits et aux soins des enfants et adolescents non accompagnés en France - InfoMIE.net [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.infomie.net/spip.php?article4112>
46. Exclus et traumatisés : la situation des mineurs non accompagnés en France [Internet]. Médecins sans frontières. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/actualites/exclus-et-traumatises-la-situation-des-mineurs-non-accompagnes-en-france>
47. Refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME [Internet]. Défenseur des Droits. 2015 [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/outils/refus-de-soins-opposes-aux-beneficiaires-de-la-cmu-c-de-lacs-et-de-lame>
48. Kremer A. Les mineurs non accompagnés, symbole d'une politique maltraitante. *Médecins Front*. juill 2019;60.
49. Legros M. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. :54.
50. Colloque PUCAFREU [Internet]. OMM. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://omm.hypotheses.org/recherche-et-valorisation/colloque-pucafreu>
51. Coulange E. Vécu de la relation de soin des médecins traitants de Mineurs Non Accompagnés en 2016 [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2017.
52. Boeno D, Oujdi SD. La consultation interculturelle d'évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers. *L'Autre*. 28 juin 2016;Volume 17(1):44-53.
53. [rbpp_mna_web.pdf](http://www.infomie.net/IMG/pdf/rbpp_mna_web.pdf) [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: http://www.infomie.net/IMG/pdf/rbpp_mna_web.pdf
54. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France - MDM - InfoMIE.net [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.infomie.net/spip.php?article2506>

55. ra_2016_programme_mna_mdm_3_.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: http://www.infomie.net/IMG/pdf/ra_2016_programme_mna_mdm_3_.pdf
56. Goudet-Lafont B, Du CL, Marichez H, Radjack R, Baubet T. L'accompagnement éducatif des mineurs isolés étrangers : discours et représentations des éducateurs. *L'Autre*. 28 juin 2016; Volume 17(1):16-34.
57. Exclus et traumatisés : la situation des mineurs non accompagnés en France [Internet]. Médecins sans frontières. [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/actualites/exclus-et-traumatises-la-situation-des-mineurs-non-accompagnes-en-france>
58. Rapport Wresinski CES 1987 [Internet]. Joseph Wresinski FR. 2006 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>
59. Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé [Internet]. *La Découverte*; 2000 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-page-13.htm>
60. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012.
61. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. :69.
62. Hernandez DS, Tawfik L, Berthomiere W. Mineurs isolés étrangers et sans protection en Europe: projet PUCAFREU, rapport comparatif final. :129.
63. Code de l'action sociale et des familles | Legifrance [Internet]. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=C007F5D1F077246C5D4890BC358ABE8B.tplgfr43s_2?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idSectionTA=LEGISCTA000038080278&dateTexte=20190924&categorieLien=id#LEGISCTA000038080278
64. Eclairage de Médecins sans frontières - France : fichage des mineurs non accompagnés, « une logique sécuritaire et de répression » - InfoMIE.net [Internet]. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.infomie.net/spip.php?article4755>
65. Haute Autorité de santé. 2017;70.

ANNEXES

Annexe n°1 : Formulaire de consentement

La prise en charge en santé des mineurs non accompagnés (MNA) à Montpellier en 2018-2109 à partir de l'expérience des acteurs de santé.

Auteur : Mahaut Bertrand - Directeur de thèse : Docteur Cyril Jaume

Description :

Cette étude qualitative consiste en une série d'entretiens individuels semi-dirigés auprès des acteurs de santé des MNA. L'objectif étant de comprendre la prise en charge en santé à Montpellier des MNA à partir de l'expérience des acteurs de soins.

Participation à l'Etude :

Votre participation à cette étude se résume à une entretien individuel. L'entretien sera entièrement enregistré, retranscrit intégralement, puis anonymisé et analysé. Des extraits de cet entretien pourront être utilisés pour la rédaction de la thèse.

Confidentialité :

Votre nom n'apparaîtra pas dans la thèse. Le contenu des entretiens sera conservé de manière confidentielle jusqu'à la présentation de l'enquête, et l'enregistrement audio de l'entretien sera détruit dès la fin du travail.

Diffusion :

La thèse sera présentée à la faculté de médecine de Montpellier. Elle sera éventuellement disponible en ligne et à la bibliothèque universitaire santé de Montpellier.

Votre Consentement :

Je, soussigné.e , accepte de participer au travail de recherche de l'université de médecine de Montpellier réalisé par Mahaut Bertrand.

Ma signature atteste de mon consentement à participer à l'étude. Je comprends que je suis libre de me retirer en tout temps de l'étude sans aucune conséquence pour moi.

Je consens à ce que l'entretien soit retranscrit intégralement et fidèlement en annexe de la thèse :

oui

non

Signature :

Lieu et Date :

Annexe n° 2 : Le guide d'entretien

Comprendre la prise en charge en santé des MNA à Montpellier à partir de l'expérience des acteurs de santé.

« Bonjour, Je suis remercie vivement d'avoir accepté de participer. Je suis Mahaut Bertrand, une interne de médecine générale. Je m'intéresse, dans le cadre de ma thèse, à la question des MNA et particulièrement à la prise en charge de leur santé à Montpellier. Mon étude consiste à interroger les acteurs engagés dans cette prise en charge et à partir de leur expérience essayer de comprendre celle-ci. Ainsi, je m'intéresse à votre implication, à votre organisation, vos liens et votre ressenti. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Vous avez la liberté de ne pas répondre ou d'interrompre l'entretien quand vous le souhaitez. Je vous remercie encore d'avoir signé le consentement. L'entretien est enregistré et reste anonyme. »

1- Pratique / implication : Je vais vous demander de vous présenter et me dire en quoi vous êtes impliqués dans la question de la santé des MNA ?

Relances et informations attendues :

- profession et structure dans laquelle l'interrogé travaille ± formation professionnelle
- rôles de l'interrogé ou de la structure qu'il représente et objectifs
- En quoi ce public est-il particulier ?
- chiffres si possible
- Pouvez-vous me décrire ou m'expliquer comment s'organise votre travail ?
- différences ou non en fonction du statut du MNA
- difficultés

2- Partenaires: Connaissez vous d'autres acteurs engagés dans la santé des MNA ? Et Comment travaillez-vous avec eux ?

Relances et informations attendues :

- autre acteurs avec qui l'interrogé ou sa structure travaille,
- raison de la collaboration ou de la non collaboration
- Comment vous organisez-vous entre vous ?
- description des relations, des moyens de communications,
- difficultés

3- Accès aux soins : Qu'en est-il de l'accès aux soins des MNA ?

Relances et informations attendues :

- leur droits, mise en application de la loi
- position de l'interrogé ou de sa structure par rapport à l'accès au droit
- orientations
- difficultés ?
- différences ou non en fonction du statut du MNA

4- Ressenti : Quel est votre ressenti par rapport à cette prise en charge en santé et plus globale ? son évolution?

Relances et informations attendues :

Ya t'il des choses qui vous on surpris ?

En quoi cette PEC est particulière par rapport à un autre public/patientèle?

Rencontrez vous des difficultés et lesquelles ?

y'a t'il eu des améliorations ? Des points positifs ?

Annexe n°3 : CD-R avec les entretiens.

Les 15 entretiens réalisés sont gravés sur un CD-R que vous pouvez retrouver à la dernière page de cette thèse.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

RÉSUMÉ

Contexte : Les Mineurs Non Accompagnés (MNA) sont des enfants étrangers, sans responsable légal, isolés. La France, en ratifiant la Convention internationale des Droits de l'Enfant, doit assurer les droits fondamentaux des MNA et préserver leur santé. Cette responsabilité revient aux Départements au titre de la protection de l'enfance. S'organisent alors de nombreux réseaux de santé médico-sociaux autour de ces jeunes aux besoins en santé importants. L'objectif de cette recherche est de comprendre la prise en charge en santé des MNA à Montpellier à travers l'expérience des acteurs de santé engagés auprès de ces enfants.

Méthode : Une étude qualitative reposant sur 15 entretiens semi-dirigés auprès d'acteurs de santé issus d'un panel de professions médico-sociales large a été menée entre juillet 2018 et mai 2019 à Montpellier. Une analyse phénoménologique complétée d'une approche sémio-pragmatique a été réalisée.

Résultats : Les parcours de santé sont complexes et dépendent de la couverture sociale et du statut de protection des jeunes. La coordination entre les partenaires départementaux, libéraux, hospitaliers et associatifs est insuffisante et influence la qualité des soins. La santé n'est pas prise en charge à hauteur de leurs besoins ; en pratique, des facteurs freinent l'accès aux soins de ces jeunes dont la prise en charge globale est inquiétante.

Conclusion : L'expérience des acteurs traduit une organisation, une coordination et une qualité des soins inadaptées aux besoins des MNA à Montpellier. Celles-ci pourraient être en partie améliorées par des formations et des échanges organisés entre les acteurs de santé et les MNA.

Mots clés : Mineurs non accompagnés – Mineurs isolés étrangers – Parcours de santé – Coordination de santé – Protection de l'enfance – Droits des étrangers – Médecine générale – Recherche qualitative.