



HAL
open science

Réflexions autour de la santé mentale des mineurs non accompagnés arrivés en Europe depuis 2000 : prévalences, déterminants et enjeux des troubles psychiatriques dans cette population.

Marina Torracinta

► To cite this version:

Marina Torracinta. Réflexions autour de la santé mentale des mineurs non accompagnés arrivés en Europe depuis 2000 : prévalences, déterminants et enjeux des troubles psychiatriques dans cette population.. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03190608

HAL Id: dumas-03190608

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03190608v1>

Submitted on 6 Apr 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N°186

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Réflexions autour de la santé mentale
des mineurs non accompagnés arrivés en Europe depuis 2000.
Prévalences, déterminants et enjeux
des troubles psychiatriques dans cette population.

Présentée et soutenue publiquement
le 09 octobre 2019

Par

Marina TORRACINTA

Née le 28 Avril 1988 à Bastia

Dirigée par Mme Le Docteur Mariam Adamjy

Jury :

M. Le Professeur Thierry Baubet, PU-PH Président

Mme. Le Docteur Mariam Adamjy

Mme. Le Professeur Claudine Laurent, MCU-PH

Mme. Le Docteur Clémentine Rappaport, PH

Mme. Le Professeur Dalila Rezzoug, MCU-PH

A la mémoire de mes grands-parents et arrières grands-parents.
La chaleur de votre souvenir m'accompagne au quotidien.
A votre courage et votre douceur je dédie cette thèse.

A Sauveur TARALLO

A Noël et Marie GIANNO

A François et Marie TORRACINTA

A Etienne SOLIVA et Gracieuse LEONI

« Basta ch'ella caschi a notte
Basta ch'ella caschi a notte
E stelle elle ùn mi ghjudicheranu
E stelle elle parè ùn ne anu
Fate ch'ella caschi a notte

O Chì s'ella ùn si strappa a tumaglia
Chì s'elli l'abbastanu i soldi
Mi ci vuleranu ricordi
Per azziccammi à ogni stonda d'Auropa

Bona luna Lampedusa
Pocu nome ch'è tu ùn ai
Bona luna Lampedusa
Pocu locu pè sbarcammi

Rotti sò l'ansci è i fiati
Rotti si sò l'ansci è i fiati
Si scuzzulanu e vite
S'imbuleghjanu e lite
A i camini tracciati

O ci piovanu addossu à i deserti
Si integhjenù di rossu e piaghje
U sangue di u celu schillizza
A debbulezza è e fronde guizze
Di a stizza

Bona luna Lampedusa
Cusi aghju amparatu
Bona luna Lampedusa
E a carezza è u scaffu

Sentu u polsu di a vita chì scalda
Sentu u polsu di a vita chì scalda
Una accendita è un fracassu
Si face a scrigna d'un ideale
Batte u polsu di a vita

O e sere ùn sò fatte pè dorme
U peghju ùn hè mai di more
U mare l'averà ancu ellu
Ista vergugnaccia d'esse indegnu è dillusu

Luna bona lampidusa
Pocu nome ch'è tù ùn hai
Luna bona Lampedusa
Pocu locu pè sbaracammì »

Lampedusa
Ghjuvanfrancescu Mattei
In « a parulluccia », L'Alba.

« *Que tombe la nuit
Vite que la nuit tombe
Les étoiles, elles, ne me jugeront pas
Les étoiles, elles, n'ont pas de sentiments
Faites que la nuit tombe !
Oh si rien ne cède
Si l'argent leur suffit
Seuls mes souvenirs me permettront
De m'accrocher à chaque instant d'Europe
Bonne chance Lampedusa
Quel étrange nom tu as !
Bonne chance Lampedusa
Quel lieu étrange pour me débarquer
Haleines et souffles coupés
Ils se sont tus
Les vies s'agitent
Les querelles se mêlent
Aux chemins tracés
Oh les déserts nous inondent
Les plaines se noient de rouge
Le sang du ciel jaillit
La faiblesse et les feuilles flétries
De la colère
Bonne chance Lampedusa
J'ai appris ainsi
Bonne chance Lampedusa
Et les caresses et les coups
Je sens le pouls de la vie qui chauffe
Un éclair et un fracas
La grimace d'un idéal
Le pouls de la vie qui bat
Oh les nuits ne sont pas pour dormir
Et mourir n'est jamais le pire
La mer aussi doit avoir des relents
D'être à la fois et indigne et trompée »*

Remerciements

Au Docteur Mariam ADAMJY, merci pour ta patience, ta bienveillance et la richesse de tes réflexions. Ton enthousiasme, ton dynamisme et ta curiosité pour la sociologie et la philosophie ont été pour moi un exemple. Merci pour ce riche semestre à CASITA et pour avoir encadré mon travail de thèse.

Au Docteur Claudine LAURENT, merci pour l'intérêt que vous portez à ce sujet, merci d'avoir accepté de juger mon travail et de participer à ce jury de thèse.

Au Dr Clémentine RAPPAPORT, j'ai le plus grand respect pour votre implication dans la clinique pédopsychiatrique comme dans les projets de soins que vous menez pour les enfants du 93. C'est avec un grand enthousiasme que je m'apprête à rejoindre votre service. Le dynamisme, la grande qualité et la bonne humeur qui caractérisent votre équipe reflètent à mon sens vos talents de chef de service. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Au Docteur Dalila REZZOUG, j'admire la finesse de tes réflexions cliniques, tes qualités pédagogiques et relationnelles ainsi que ton implication auprès des enfants. Je voudrais te faire part de mon respect pour la pédopsychiatre, l'enseignante et la chercheuse que tu es. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Au Professeur Thierry BAUBET, merci pour votre bienveillance, pour l'accueil qui m'a été fait dans votre service pendant une année et particulièrement dans la consultation transculturelle de psychotraumatisme où j'ai pu être éveillée à la complexité de la clinique et de la prise en charge des mineurs non accompagnés. Vos enseignements ont été précieux tout comme la richesse des pratiques de votre service. Merci d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse.

Au Professeur Josette Dall'Ava Santucci et à Anne Luciani. Merci d'avoir fondé la PACES à Corte, merci pour votre militantisme, votre implication auprès des étudiants et pour la qualité de vos enseignements. Vous avez rendu les études médicales plus accessibles aux jeunes corses.

Merci aux aînés qui m'ont guidée et transmis leur savoir pendant ce bel internat, en particulier Marion petit, Bernard Dubouis, Caroline Dubertret, Sarah Tebeka, Claire Scognamiglio, Aurely Ameller, Joachim Getzel, Victoire Vierling, Laëtitia Hindenoch, Anne Perret, Clémentine Rappaport, Marie-josé Durieux, Fleur Breil, Laura Duprey, Cécile Turkel, Leslie Legland, Céline Hainigue, Pauline Lefebvre, Mathilde Zerr, Mariam Adamjy, François Giraud, Raphaël Delage, Laetitia Bouche-Florin, Salim Mehallel, Héloïse Marichez, Geneviève Serre, Dalila Rezzoug, Laure Avron, Nathalie Lambert, Anaëlle Klein.

Je tiens également à remercier très chaleureusement les équipes de l'UTEPP de l'hôpital Robert Ballanger, de CASITA et du 129 de l'hôpital Avicenne pour ces 3 semestres passés ensemble.

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre amour, votre soutien et tout ce que vous m'avez transmis.

A mes frères Nico et Fanou, je suis si fière de vous. Merci pour notre belle complicité.

A ma tante, merci pour ta gentillesse et nos riches discussions.

A ma grand-mère Lucie, merci pour ta générosité.

A ma belle-famille, merci de m'avoir si chaleureusement accueillie.

Un merci tout particulier à Inès et Nasser pour votre aide précieuse et votre soutien.

Aux belles rencontres de cet internat. Lucie et Thibaud, je n'aurais pu avoir de meilleurs partenaires pour ces premiers pas en psychiatrie. A la SFP, Anne, Anne-laure, Amaury, Arthur, Jean-luc, Morgane, Raphaël et Samuel, à notre incroyable semestre ensemble et à toutes ces soirées passées et à venir. Merci pour votre drôlerie, votre bienveillance et la richesse de vos pensées. A Marie, merci d'avoir si joliment joué ce rôle d'aînée. A Caroline, mon admirable soclarde. A Camille, Emmanuel, Morgan, Nina et Noémie mes super co-internes d'Avicenne.

Aux amis, ceux de l'enfance, des bancs de l'école, de la fac et aux belles rencontres,
A Francesco, Jess, Philippe, Gabi, Nikos, Marcan, Catherine, Emile, Bao, Pierre, Anaïs, Alma,
Norio, Micina, Aylie, François, Elsa, Héloïse, Ulrich, Jeanne et Ferdinand. Merci pour votre
inestimable amitié.

Enfin à Iannis, te rencontrer est la plus belle chose qui me soit arrivée. Merci pour tout et surtout
pour ce que les mots, même les plus beaux, ne sauraient qualifier.

Tables des matières

Remerciements	3
Liste des abréviations.....	9
Partie I : Introduction.....	10
Partie II : Mineurs Non Accompagnés : aspects théoriques	12
1. Définitions :	12
a. <u>En France</u> :	12
b. <u>En Europe</u> :	12
2. Aspects statistiques :	13
a. <u>En France</u> :	13
b. <u>En Europe</u> :	14
3. Aspects sociologiques :	15
4. Cadre de prise en charge :	19
Partie III : Aspects psychologiques	23
1. Psychotraumatisme :	23
2. La migration :	26
3. Adolescence :	28
4. Modalités d'évaluation :	29
a. <u>Échelles d'exposition au traumatisme</u> :	29
b. <u>Échelles de santé mentale</u> :	29
Partie IV : État de santé mentale des mineurs non accompagnés arrivés en Europe depuis 2000, une revue systématique de littérature.	31
1. Introduction	31
2. Méthodes :	32
3. Résultats :	33
A. <u>De la recherche bibliographique</u> :	33
B. <u>Synthèse des résultats</u>	68

Partie VI : Discussion.....	80
1. Les MNA : une population en souffrance.....	80
2. Limites des études.....	81
a. <u>Utilisation d’auto-questionnaires</u>	81
b. <u>Aspects transculturels</u>	83
c. <u>Dimension épistémologique : les MNA, une population ?</u>	84
3. Facteurs associés aux troubles mentaux.	85
a. <u>Impact des facteurs de stress post-migratoires :</u>	86
b. <u>Résilience :</u>	88
4. Implications :	91
a. <u>Quelle prise en charge pour les MNA ?</u>	91
b. <u>Les tensions cristallisées par les MNA, symptôme d’une société souffrant de ses défaillances sociales ?</u>	92
Partie VII : Conclusion.....	96
Bibliographie	97

Liste des abréviations

ADF : Assemblée des Départements de France
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ANOVA : Analysis of Variance
AQ : Auto-questionnaires
BDSR : Birleson Depression Self-Rating Scale
CATS : Child and Adolescent Trauma Screen
CBCL/4/18 : the Child Behavioral Checklist Guardian Report
CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CIM : Classification Internationale des Maladies
CPSS : Child PTSD Symptom Scale
CSSI-8 : Children's somatization Inventory Short Form
DPJJ : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DSM : Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders
DSSYR : Daily Stressor scale for Young Refugees
ERSS : Everyday Ressource and Stressor Scale
ET : Expériences Traumatiques
FAY : Facts About You
FSSQ : Duke UNC Fonctionnal Social Support Questionnaire
HTQ : Harvard Trauma Questionnaire
HSCL-25 : Hopkins Symptom Checklist 25
HSCL-37A : Hopkins Symptom Checklist – 37A
IC 95% : Intervalle de confiance à 95 %
IES : Impact of Event Scale
IQ : Inter Quartile
M-MNA : Mission Mineurs Non Accompagnés
MA : Mineur accompagné d'au moins un proche
MANOVA : Multiple Analysis of Variance
MIE : Mineur Isolé Étranger
MNA : Mineur Non Accompagné
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PCD : Président du Conseil Départemental
PTSS : Post Traumatic Stress Symptoms
RATS : Réaction of adolescents to traumatic stress questionnaire
SCWP : Scales for Children afflicted by War and Persecution
SLE : Stressfull Life Events
TRF 4/18 : The Teacher's Report Form
TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique
YSR : Youth Self Report

Partie I : Introduction

L'Europe traverse depuis plusieurs années une « crise migratoire » majeure dont l'acmé a été atteinte en 2015/2016 avec l'arrivée sur le territoire Européen d'1,3 millions de personnes fuyant conflits, misère ou l'absence d'avenir dans leur pays d'origine (1).

Un tiers de ces migrants est âgé de moins de 18 ans et un grand nombre d'entre eux est isolé. Ils sont partis seuls ou ont perdu leurs proches en cours de route. Il s'agit de mineurs, regroupés en France sous le terme de « Mineurs Isolés Étrangers » (MIE) puis de « Mineurs Non Accompagnés » (MNA) depuis 2016 (2).

Ce terme désigne des jeunes de moins de 18 ans privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. En France le phénomène n'est pas nouveau, il remonte aux années 1980 (3). Cependant depuis les années 2000 et particulièrement depuis 2010 les profils de MNA ont évolué et l'Europe connaît une nette augmentation des arrivées (4).

La définition administrative lisse et commune de « MNA » inclut des adolescents issus de cultures différentes aux histoires multiples et singulières. Ces jeunes, dont le parcours diffère tant de ceux des autres adolescents, partagent cependant des problématiques communes.

Ils ont dû partir et grandir loin de chez eux sans soutien familial ni entourage social pour faire face au stress de la migration et aux processus psychiques liés à l'adolescence. Ils ont pour la plupart traversé des traumatismes précoces et répétés en pré, per ou post-migratoire. Ils partagent la souffrance du deuil, de l'éloignement et l'angoisse face à des procédures administratives souvent longues et opaques.

A cela s'ajoute fréquemment un vécu d'exclusion car les structures départementales et associatives, actuellement saturées, ne semblent plus en mesure de fournir la protection et l'éducation auxquelles ils devraient avoir droit.

L'accueil et la prise en charge des MNA est très complexe, à la croisée de problématiques de soins, de protection de l'enfance, de gestion de l'immigration et de considérations politiques. Ainsi, la multidisciplinarité dans la prise en charge devrait s'imposer comme un principe fondamental. L'étude de cette population ne peut également se penser autrement que dans l'articulation des travaux juridiques, des sciences humaines (5-7) et de la recherche clinique afin de croiser les perspectives et de cerner plus précisément les problématiques.

Dans le domaine médical, le nombre croissant de publications révèle une grande vulnérabilité psychique. Les résultats des études épidémiologiques en santé mentale convergent : la prévalence des troubles est très élevée, notamment concernant le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSTP), la dépression et les troubles anxieux. De plus en plus d'équipes cherchent également à déterminer l'influence des facteurs pré, per et post-migratoires sur les troubles mentaux et dans ces publications, l'exposition au psychotraumatisme et les conditions de prise en charge dans le pays hôte semblent jouer un rôle déterminant.

Dans le contexte géopolitique actuel où la question de l'immigration en France et en Europe est sujet à de multiples controverses, l'apport de ces données épidémiologiques semble nécessaire à la réflexion et à l'élaboration des politiques d'accueil et de santé des jeunes migrants.

L'objectif de ce travail était de réaliser une mise à jour des connaissances sur les troubles mentaux des MNA arrivés en Europe depuis les années 2000 par une revue systématique de la littérature, en cherchant à déterminer les données épidémiologiques telles que la nature et la fréquence des troubles mentaux, leur évolution et les facteurs qui leur sont associés.

Partie II : Mineurs Non Accompagnés : aspects théoriques

Les phénomènes de migration, légaux ou illégaux, choisis ou forcés, n'ont jamais épargné les enfants et les adolescents. Néanmoins, la migration de mineurs dits isolés ou non accompagnés, séparés de leurs familles, est observée en France depuis les années 1980.

1. Définitions :

a. En France :

En France avant 2016, le terme consacré était Mineur Isolé Étranger, ou Mineur Étranger Isolé, selon que l'on considérait le jeune isolé ou le migrant en premier lieu. En 2011, une directive du Parlement Européen a introduit la notion de « Mineur Non Accompagné », incitant le Garde des Sceaux à modifier la dénomination de « MIE » en « MNA » en 2016 (2).

En adoptant le terme MNA, l'accent est mis sur la protection de l'enfance. Depuis la loi du 14 mars 2016, un MNA désigne un jeune de moins de 18 ans n'ayant pas la nationalité française et séparé de ses représentants légaux de manière temporaire ou permanente. Leur protection repose sur la protection de l'enfance en danger et relève à ce titre de la compétence des départements.

Des mesures doivent ainsi être prises dès lors que « *la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.* » Ces mesures sont applicables sans condition de nationalité. Cette notion prend racine dans la convention internationale des droits de l'enfant : « *Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'État* » (8).

b. En Europe :

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) de 1989 constitue le cadre général de protection des enfants en Europe. A l'exception des États-Unis, tous les pays du monde ont aujourd'hui ratifié cette convention (9).

Ses 54 articles garantissent aux mineurs un ensemble de droits fondamentaux résumés selon quatre grands principes : la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit à la vie, à la survie et au développement, et le droit de l'enfant à exprimer son opinion.

Le premier instrument juridique qui traite spécifiquement de la question des enfants migrants non accompagnés remonte à 1997 (résolution du 26 juin du Conseil de l'Europe). Il s'agit d'un instrument non contraignant qui définit ces jeunes selon 3 caractéristiques : leur minorité, l'absence d'un représentant légal sur le territoire et leur extranéité.

Ainsi les MNA sont « *tous les nationaux de pays tiers de moins de 18 ans qui entrent dans le territoire des États membres sans être accompagnés d'un adulte qui soit responsable d'eux par effet de la loi ou de fait, et [...] (les) mineurs ressortissants de pays tiers qui ont été laissés seuls après être entrés sur le territoire des États membres* ».

En 2005, le Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies propose la définition suivante : « un enfant de moins de 18 ans, séparé de ses deux parents et d'autres membres proches de sa famille et qui n'est pas pris en charge par un adulte investi de cette responsabilité par la Loi et la coutume ».

Les différentes définitions produites témoignent d'une reconnaissance de l'émergence d'une nouvelle population. À l'échelle internationale, la catégorie « MNA » ne fait jamais mention de la variable migratoire comme étant la cause principale de l'isolement. Pourtant, progressivement, l'expression de MNA s'est imposée pour faire référence aux mineurs en migration et fait de leur extranéité une caractéristique centrale de leur profil.

2. Aspects statistiques :

a. En France :

Les statistiques du ministère de la justice concernant les jeunes se déclarant MNA sont appréhendées via trois sources d'information dont la base de données @MNA de la mission « mineurs non accompagnés » (M-MNA), rattachée à la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ).

Ces statistiques sont sous évaluées, seuls sont comptabilisés les jeunes qui se présentent aux services dédiés et qui sont reconnus mineurs. Or tous ne sont pas demandeurs d'une protection et la fiabilité des modalités d'évaluation de la minorité est largement questionnée, notamment par les ONG (10, 11).

Les enquêtes réalisées par l'ADF (Assemblée des Départements de France) estiment à plus de 54 000 le nombre d'évaluations de la minorité et de l'isolement effectuées par les

départements en 2017, 2 fois plus qu'en 2016 (12). D'après les chiffres du ministère de la justice et de la DPJJ, le nombre de nouveaux MNA confiés aux départements sur décision judiciaire a triplé en 3 ans : 5 033 en 2014, 8 054 en 2016 et 14 908 en 2017. Entre le 1^{er} janvier et le 14 juin 2019, ils étaient 9 123 à avoir été confiés à l'ASE.

Les caractéristiques sociodémographiques des MNA ont également évolué : actuellement 95 % sont des garçons, âgés pour 84 % de 15 à 17 ans. La proportion de filles (20 % en 2001) a nettement diminué au fil du temps. L'origine géographique s'est également modifiée : au début des années 2000, les jeunes Roumains étaient parmi les plus nombreux, alors qu'ils ont quasiment disparu des statistiques par nationalité des MNA confiés à l'ASE depuis juin 2013. En 2017, 60% d'entre eux venaient de pays d'Afrique francophones : Guinée, Côte d'Ivoire ou Mali. Moins de 5% étaient originaires d'Afghanistan alors qu'à l'échelle européenne, plus de 50% des MNA étaient Afghans.

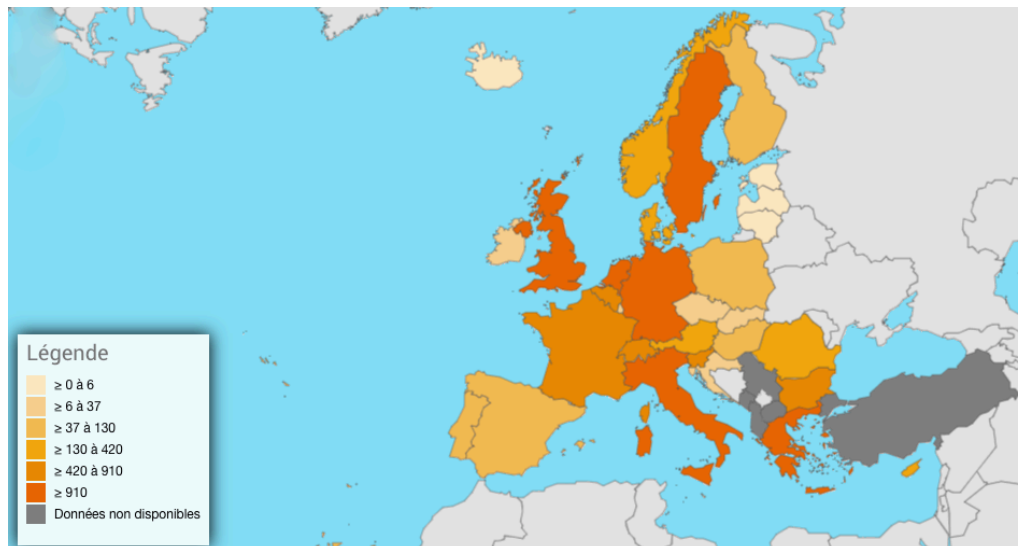
Pays d'origine	Nbre de MNA confiés du 1.06.2013 au 31.05.2014	Nbre de MNA confiés du 1.06.2014 au 31.12.2014	Nbre de MNA confiés en 2015	Nbre de MNA confiés en 2016	Nbre de MNA confiés en 2017	Pourcentage sur les 14908 MNA confiés en 2017
Guinée	627	1 015	679	1431	4 269	28,6 %
Côte d'Ivoire	-	-	416	898	2 514	16,9 %
Mali	612	1657	1 528	1 316	2 397	16,1 %
Afghanistan	99	188	311	519	720	4,8 %
Albanie	267	455	330	393	619	4,1 %
Bangladesh	278	411	203	90	577	3,9 %
Algérie	179	320	210	56	483	3,2 %
Cameroun	-	-	-	43	375	2,5 %
Pakistan	198	321	378	85	363	2,4 %
Maroc	184	271	115	-	301	2 %

(Source DPJJ – Mission M-MNA)

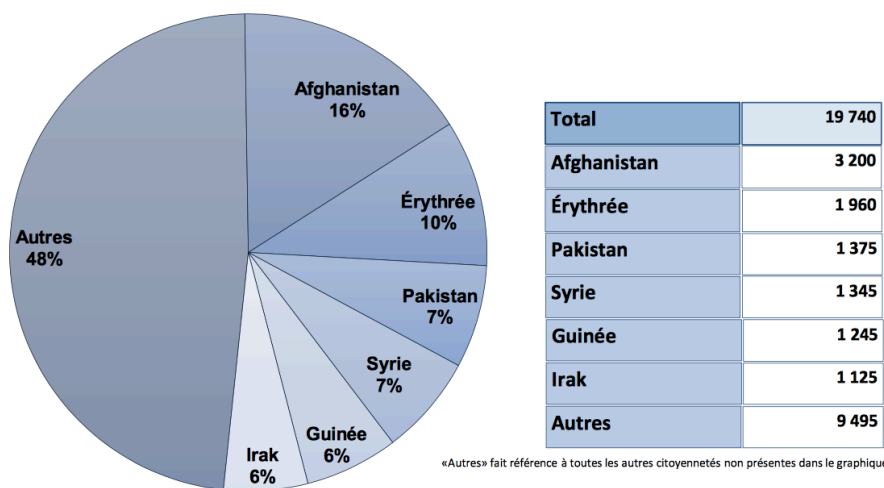
b. En Europe :

Au niveau Européen le même phénomène est observé. Selon l'office statistique Eurostat (13), alors que le nombre de MNA demandeurs d'asile oscillait entre 11 000 et 13 000 de 2008 à 2013, il a presque doublé en 2014 pour atteindre plus de 23 000 personnes, et quadruplé en 2015 pour s'élever à 88 300 demandeurs. En 2016, le ministère italien de l'intérieur avait recensé 25 846 MNA arrivant en bateau sur leurs côtes, l'Allemagne comptait 39 400 MNA

demandeurs d'asile et en Suède les chiffres sont passés de 35 000 en 2015 à plus de 45 000 en 2016. Pour l'année 2017, 17 500 MNA ont été recensés en Italie, 4 500 en Espagne, 3 300 en Grèce (12). En 2018, l'office Eurostat comptabilisait 19 740 demandes d'asiles de MNA à l'échelle Européenne.



Demandeurs d'asile considérés comme mineurs non accompagnés dans l'UE, 2018
(nombre de demandeurs par pays de nationalité, part dans le total UE)



ec.europa.eu/eurostat

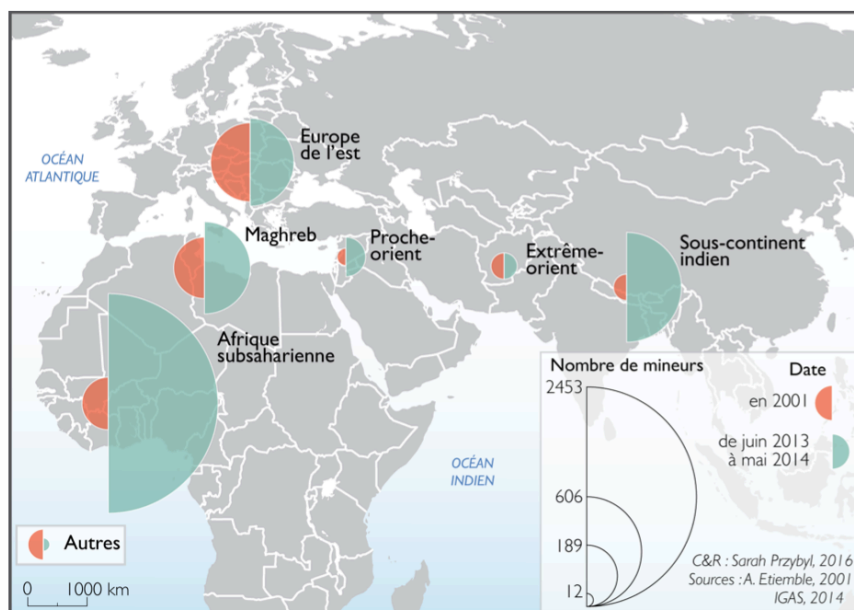
3. Aspects sociologiques :

L'actualité de la question des MNA dans le débat public ne doit pas occulter l'existence de flux remontant au XIX^e siècle. Dans son travail de thèse de sociologie, Émilie Duvivier (6) décrit le visage de ces jeunes migrants qui se déplaçaient alors exclusivement à l'échelle européenne. Originaires d'Allemagne, de Suisse ou d'Italie les jeunes étaient essentiellement

recrutés par des réseaux d'exploitation et terminaient leur voyage en France comme employés domestiques ou ouvriers industriels.

Au début des années 1980, le nombre de MNA européens a nettement diminué et le phénomène concernait plutôt des jeunes originaires d'Albanie, de Roumanie, ou de jeunes Roms et Tziganes originaires de Bosnie et de Serbie (Debré 2010 cité par Sarah Przybyl (7)).

Par la suite, les flux migratoires ont évolué de l'échelle européenne à l'échelle mondiale. Les foyers d'émigration se sont diversifiés et internationalisés. Face au nombre croissant d'arrivées, l'État français a initié les premières investigations au début des années 2000. La sociologue Angelina Étiemble a alors proposé un premier décompte des MNA présents entre 1999 et 2001. Au début de l'étude, 609 MNA se répartissaient dans 31 départements mais 71% se concentraient à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans le Nord. À cette date, les mineurs originaires de Roumanie représentaient 27% des effectifs, les jeunes Marocains ou d'Europe de l'Est constituaient le deuxième ensemble de nationalités les plus représentées. Quelques rares mineurs provenant d'Afrique subsaharienne ou d'Asie préfiguraient la future diversification des foyers de départ (7) : en 2010, près de 80 % d'entre eux étaient originaires d'Afrique subsaharienne et du sous-continent indien.

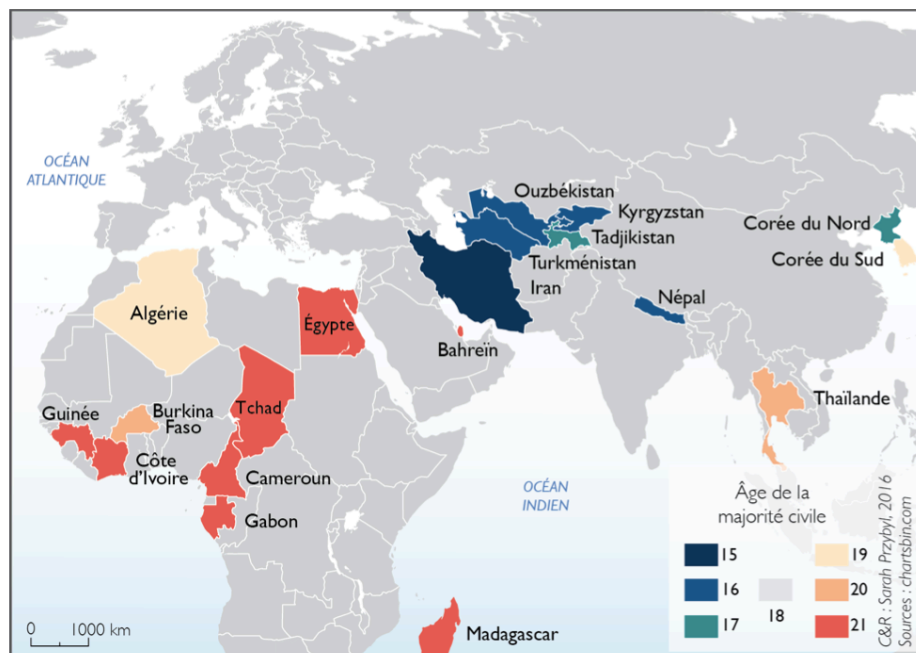


Carte 1 : Évolution du nombre de mineurs par région de provenance entre 2011 et 2014

En 2011, l'Europe de l'Est et les pays du Maghreb sont les deux premières régions de provenance des mineurs accueillis en France. En 2014, les pays d'Afrique subsaharienne et du sous-continent indien s'affirment comme les principaux espaces de départ.

Source : « Territoires de la migration, territoires de la protection. Parcours et expériences des mineurs isolés étrangers accueillis en France » - Sarah Przybyl (7)

Les mineurs ne viennent pas des mêmes horizons géographiques, des mêmes territoires ni des mêmes environnements de vie. Le terme de mineur, dont la définition est en apparence simple et universelle, s'entoure lui aussi de la même polysémie. Les différences légales, sociales et culturelles entre les pays et les continents se retrouvent également dans l'appréciation la majorité civile. En conséquence, des jeunes accueillis en tant que mineurs sur le territoire français pouvaient déjà être majeurs aux yeux de la loi dans leur pays d'origine ou inversement. Par ailleurs, dans un même pays, le passage de l'enfance à l'âge adulte peut se faire plus précocement dans certains domaines. L'âge limite pour être pénalement responsable, pour travailler ou se marier est parfois bien inférieur à l'âge de 18 ans. Selon Sarah Przybyl, ce décalage complexifie la rencontre et la manière dont un jeune et son pays d'accueil peuvent penser les besoins et la place qu'il peut avoir dans la société.



Carte 2 : La majorité civile : une réalité, des seuils différents

Source : « Territoires de la migration, territoires de la protection. Parcours et expériences des mineurs isolés étrangers accueillis en France » - Sarah Przybyl (7)

Enfin, les facteurs qui poussent les adolescents à quitter leur pays sont multiples et jamais isolés. Afin de mieux comprendre le phénomène et d'accompagner la trajectoire des MNA, Angelina Étienne a étudié leurs projets et les conditions de leur séjour en France (5). Ses travaux ont permis de différencier en 2002 cinq types de profils :

- Les « *exilés* » qui fuient une région de guerre ou de persécution. Leurs familles sont souvent éclatées et leurs parents décédés.
- Les « *mandatés* » envoyés par leur famille. Ils ont endossé un mandat : se rendre en Europe pour aider financièrement ceux qui restent ou pour faire des études.
- Les « *exploités* » : victimes d'une « traite » des êtres humains. On retrouve plus de filles dans cette catégorie que dans les autres. Contraints à un travail illégal et clandestin (prostitution, mendicité...), ils viennent plus particulièrement d'Europe de l'Est. Ces jeunes sont souvent victimes d'une « duperie » quant au motif de la migration, on leur fait souvent espérer une scolarité ou de meilleures conditions de vie.
- Les « *fugueurs* » : en rupture avec leur famille pour des raisons de conflits ou de mauvais traitements.
- Les « *errants* », ou « enfants dans la rue » : certains se trouvaient déjà en situation d'errance dans leurs pays d'origine. Pour eux le temps migratoire est souvent beaucoup plus distendu et l'errance peut devenir un mode de vie.

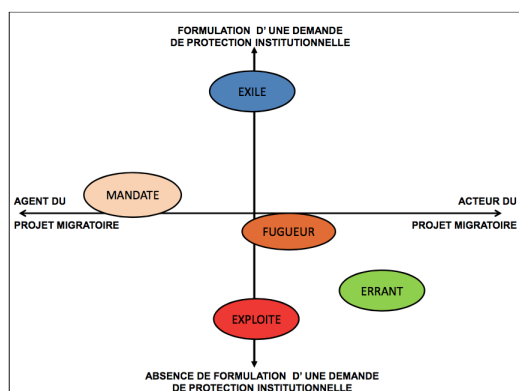
Devant l'évolution des origines et des motifs de migration des MNA, Angelina Etienne ajoute en 2012 deux nouvelles catégories correspondant à l'émergence de nouveaux profils :

- Les « *rejoignants* » : venus retrouver un proche.
- Les « *aspirants* » : engagés dans une forme de quête plus personnelle telle qu'une recherche d'émancipation vis-à-vis de leur famille ou de leur culture d'origine. Ils représentent une figure plus contemporaine du phénomène.

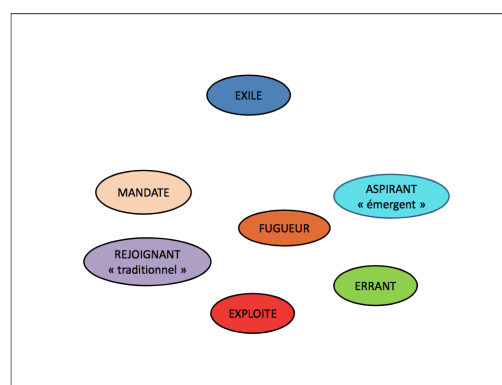
Selon un rapport de l'ADF, il existe une particularité française concernant l'origine des MNA (12). Les facteurs économiques et linguistiques joueraient un rôle majeur dans le choix de la France comme destination d'exil. Les motifs politiques de guerre, d'insécurité, de persécutions sembleraient moins fréquents que chez les MNA arrivant dans d'autres pays Européens.

Au demeurant, malgré le caractère réducteur de telles classifications, celle-ci présente l'avantage de dessiner une esquisse du phénomène à l'échelle française. Elle peut être utile pour cerner les attentes du jeune car elle dégage deux grandes configurations : est-il demandeur d'aide ou pas ?

2002 : une configuration à 5 types de MIE



2012 : Une configuration à 7 types de MIE



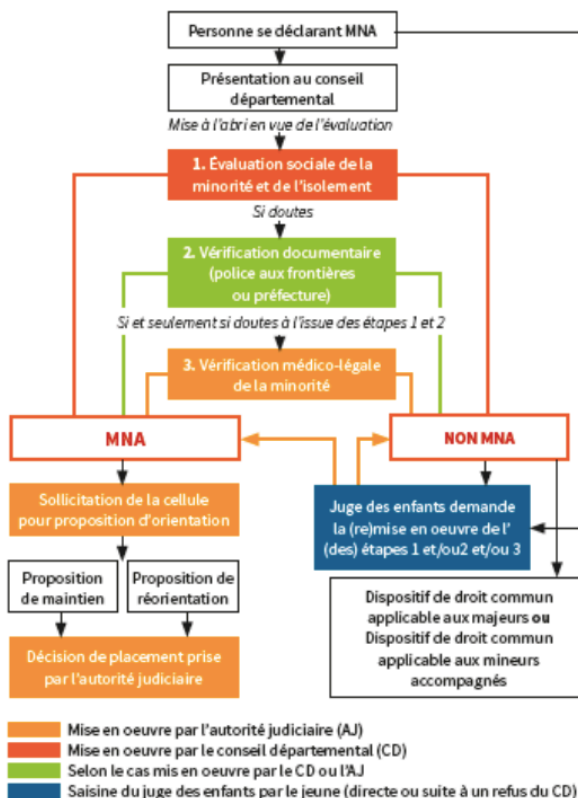
4. Cadre de prise en charge :

Selon le décret du 24 juin 2016, quand un mineur se déclare non accompagné il est placé sous l'autorité du Président du Conseil Départemental (PCD) du lieu où il se présente. Il doit alors bénéficier d'une mise à l'abri d'urgence d'une durée minimale de 5 jours ainsi que de la réalisation d'une évaluation de sa minorité (14).

En théorie, ces deux aspects de la prise en charge doivent se mettre en place de manière immédiate et concomitante. Les investigations se fondent sur des entretiens conduits par des professionnels pluridisciplinaires et portent a minima sur les points suivants : état civil, composition familiale, présentation des conditions de vie dans le pays d'origine, exposé des motifs de départ, présentation du parcours migratoire, conditions de vie depuis l'arrivée en France et projet de la personne.

L'évaluateur transmet au PCD son rapport et un avis motivé sur l'âge supposé et le caractère d'isolement familial ou non. Ce dernier détermine la nécessité d'investigations complémentaires (vérifications documentaires par les services de police ou examens médicaux). Lorsque la personne est évaluée mineure et privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille, l'autorité judiciaire est saisie à des fins d'assistance éducative. Dans le cas contraire, une décision de refus de prise en charge est notifiée.

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



Source : *plaquette de présentation de la M-MNA*

Néanmoins, au-delà des recommandations théoriques et des rapports officiels, les ONG et les jeunes décrivent une réalité bien différente qui s'apparente à un véritable parcours du combattant, où l'évaluation et le soupçon prévalent. Dès leur arrivée dans les dispositifs d'évaluation saturés de demandes, un « pré-tri » s'effectue en 15 minutes maximum et excluant 50% des personnes au motif qu'elles semblent majeures d'après leur apparence physique. Les évaluations se font dans des délais très longs, bien au-delà des 5 jours, et en pratique les ONG constatent régulièrement qu'entre la date de l'évaluation et la date de la décision de placement du juge des enfants, un MNA peut passer entre deux et dix-huit mois à la rue (15).

Concernant l'évaluation en elle-même, les entretiens sont souvent menés rapidement et sans interprète, de manière suspicieuse. Le but semble être d'identifier les « faux mineurs » bien plus que d'identifier les jeunes à protéger. On leur demande, sans tenir compte des difficultés à mettre en récit propres aux individus traumatisés, de raconter leur histoire de manière claire et bien construite, sous peine de se voir refuser une mise à l'abri. C'est donc en un entretien unique que le travailleur doit évaluer et trancher sur la question de la minorité.

Ceux pour qui le doute persiste peuvent être soumis aux fameux tests osseux de détermination d'âge validés par le Conseil Constitutionnel le 22 mars 2019, mais dont le manque de fiabilité a été plusieurs fois dénoncé, par l'Académie de Médecine en 2006, le Comité des Droits de l'Enfant en 2009, l'Ordre des Médecins en 2010, et le Haut Conseil de la Santé Publique en 2014.

La liste des écueils est longue. Ceux à qui le statut de MNA est refusé retrouvent l'errance, la grande précarité et la violence qu'ils cherchaient pourtant à fuir. Pour les autres, pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), on constate souvent l'absence de possibilité d'hébergement dans un lieu adapté, des difficultés d'accès aux soins et de longs délais d'accès à l'éducation. A Paris, département où est enregistré un des plus grands nombres d'arrivées, la situation est très critique. A partir d'observations menées pendant plusieurs mois début 2018, l'ONG Human Rights Watch est arrivée à la conclusion que « *le traitement réservé à de nombreux MNA y est arbitraire, nie leur droit à être entendus équitablement et ne respecte pas l'obligation de donner la priorité à l'intérêt supérieur de l'enfant* ». Elle considère en particulier que « *leur droit à vivre dans la dignité et à bénéficier, en tant qu'enfants, d'une protection et d'une assistance spécifiques, parmi d'autres droits, est fragilisé ou bafoué* » (16). Même si elle reconnaît la difficulté de la tâche et les efforts faits par les autorités françaises, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a condamné la France (décision du 28 février 2019) pour traitements dégradants à l'égard d'un jeune Afghane qui a passé six mois dans la jungle de Calais lorsqu'il avait 12 ans sans être pris en charge par les services de l'ASE (17). Les juges de Strasbourg considèrent qu'il a vécu dans « *un environnement totalement inadapté à sa condition d'enfant et dans une précarité inacceptable au regard de son jeune âge* ». Selon eux, les services sociaux n'avaient pas même identifié le requérant comme étant un MNA.

La tâche des services de l'ASE, eux-mêmes en difficulté dans de nombreux départements est ardue en l'état actuel (8). C'est ainsi que l'état justifie le décret du 30 janvier 2019 qui vient modifier la procédure d'évaluation de minorité et d'isolement pour permettre aux préfetures d'apporter une contribution en convoquant les jeunes (18). Pour soulager les services de l'ASE, il autorise la création d'une base de données à caractère personnel, autrement dit d'un fichage de mineurs « *ayant pour finalité de mieux garantir la protection de l'enfance et de lutter contre l'entrée et le séjour irréguliers des étrangers en France* ».

Dans le contexte politique actuel, la reconnaissance de la minorité du jeune, de la protection et des droits qui en découlent entrent en contradiction avec l'absence de statut de

l'étranger adulte soumis à des politiques d'accueil restrictives. Cet antagonisme nourrit les tensions entre les institutions étatiques, associatives et les ONG sur le terrain. Il nourrit surtout le soupçon vis à vis des jeunes demandeurs, accusés de chercher à profiter d'un système.

Ils sont ici de nouveau victimes, mais cette fois d'une violence qui prend une autre forme, et qui découle de conflits internes de politique migratoire, économique et de divergences idéologiques. Pour ces adolescents les conséquences des défaillances multiples du système de mise à l'abri peuvent être dramatiques. En Juillet 2019, la presse relayait notamment la mort de deux MNA, portant à 4 le nombre de décès de MNA confiés à l'ASE (19).

A l'échelle européenne, les politiques encouragent les États de transit à amplifier la surveillance de leurs frontières. Soumis à la CIDE, les États ont dû renforcer le cadre juridique applicable aux MNA pour garantir leur protection. Les institutions suggèrent ainsi des principes d'égalité en insistant sur la nécessité de traiter les MNA avant tout comme des enfants et non comme des migrants.

Toutefois, la grande diversité de législations et les dispositions des pays européens ne constituent pas un cadre harmonisé. Des instruments internationaux et européens ont été adoptés mais ils ne suffisent pas à régir de façon cohérente le traitement de ces jeunes (20).

Partie III : Aspects psychologiques

Pour appréhender la vulnérabilité psychique particulière qui sous-tend ces troubles chez les MNA, il faut aborder la question croisée du psychotraumatisme, de la migration et de ses conséquences ainsi que de l'adolescence.

1. Psychotraumatisme :

Dans le DSM-5 (2013) le Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) est caractérisé par une vingtaine de symptômes apparus après une exposition à un évènement traumatique. Ces symptômes sont répartis en 4 catégories : reviviscences, évitement des stimuli évocateurs de l'évènement, altération des cognitions et de l'humeur et altération de la vigilance et de la réactivité. A ces catégories peuvent être associées des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et/ou de déréalisation.

Pour la CIM-10 (2010), un État de Stress Post-Traumatique (ESPT) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un évènement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui « provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». Les symptômes typiques comprennent des reviviscences de l'évènement traumatique, un évitement des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme, des cauchemars, une hyper-réactivité végétative ainsi qu'une hypervigilance. Ils peuvent s'accompagner d'une insomnie, d'une anxiété, d'une dépression, ou d'idéations suicidaires et surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique et d'émoussement émotionnel.

Sur le plan psychodynamique les définitions sont plus nombreuses (21). Pour S. Freud, la survenue d'un évènement traumatique vient faire effraction dans le psychisme en dépassant les capacités de pare-excitation de celui-ci. Cette effraction est source d'un sentiment d'effroi qui pourrait engendrer l'apparition de symptômes voire d'une névrose traumatique si la personnalité du sujet est modifiée de manière durable. Par rapport aux classifications diagnostiques, le caractère traumatique d'une expérience est abordé sous un angle plus subjectif et relatif au sujet. René Roussillon par exemple parle de « conjoncture traumatique » (22). Selon lui, les processus de symbolisation et d'appropriation de l'expérience dépendent de facteurs particuliers : l'âge et le degré de structuration de l'appareil psychique, les moyens de récupération et la plasticité de cet appareil, la durée de la situation, son intensité, le degré d'impréparation du sujet et enfin sa vulnérabilité. Ce dernier aspect fait référence à l'état de fragilité dans lequel il peut se trouver au moment de la conjoncture traumatique, alors que celui-

ci met en « crise » certains conflits ou enjeux psychiques qui lui sont propres au moment de sa survenue.

Sur le plan clinique les manifestations symptomatiques peuvent être très diverses et ne pas correspondre aux critères des classifications diagnostiques (symptômes conversifs ou psychosomatiques par exemple). Certains psychiatres militaires et psychanalystes français tels que Louis Croq et Claude Barrois ont proposé le concept de « syndrome psychotraumatique » pour pallier à cela. Il comporte plusieurs caractéristiques : le débordement des défenses psychologiques par un événement soudain, violent et inattendu qui représente une menace vitale ou provoque une vision d'horreur et qui induit une rupture de l'enveloppe pare-excitante. Il génère une désorganisation psychique durable et facilite l'intrusion du traumatisme dans l'appareil psychique comme un « corps étranger » qui ne peut être assimilé. Ces processus sont source d'un effroi (état de sidération et d'immobilité de la pensée), d'un défaut de représentation, d'un sentiment de non-sens et de chaos (23).

Dans la littérature scientifique, les diagnostics sont essentiellement basés sur les définitions de la CIM 10 et du DSM IV et V. Chez les MNA, certains articles récents rapportent un grand nombre d'expériences traumatiques associées à une forte prévalence de TSTP (24, 25). Ces expériences indicibles, en altérant les processus de symbolisation peuvent entraver la capacité à penser. Les manifestations psychosomatiques, fréquentes dans cette population, représentent un exemple caractéristique de la carence de symbolisation (26). Parmi les auteurs qui se sont intéressés aux facteurs qui pourraient médier les symptomatologies de stress post-traumatiques chez les MNA, certains trouvaient un impact significatif de l'âge, des expériences passées, de l'interprétation de l'expérience par l'entourage et du soutien que sa famille et de sa communauté peuvent lui fournir malgré la distance (27). On peut retrouver dans ces éléments la notion de « conjoncture traumatique » de Roussillon.

Certains jeunes, originaires de zones de conflits ou par exemple passés par la Lybie, semblent plus sévèrement traumatisés. Les expériences de violence extrême, intentionnelle et répétée provoquent des effets qui vont au-delà de l'effroi. Chez ces jeunes, est parfois décrit le Syndrome de Stress Post Traumatique Complexe, dont les effets affectent de façon plus durable et plus sévère ceux qui en sont victimes (28). Selon Thierry Baubet « *Les symptômes observés répondent à la fois aux conséquences directes de l'effraction traumatique et aux conséquences des mécanismes de défense mis en place face à l'anticipation de nouvelles situations traumatiques, et qui peuvent être très mutilantes pour le Moi.* » (29).

Ce syndrome, a été décrit chez l'enfant par Terr en 1991 sous la terminologie de trauma de type II, par opposition au traumatisme unique, de type I. Il se caractérise, en plus des symptômes du TSPT « simple », par une altération dans la régulation des affects et des impulsions (prise de risque, auto ou hétéro-agressivité par identification à l'agresseur et par retournement de l'agression contre soi-même), des altérations plus fréquentes de la conscience (épisodes dissociatifs transitoires, dépersonnalisation, déréalisation), des altérations durables dans la perception de soi, dans les relations avec les autres et dans le système de croyance et de sens du sujet (28, 30, 31).

Le plus souvent, les symptômes de stress post-traumatiques évoluent favorablement en quelques mois, mais cette évolution peut être fluctuante en fonction du contexte. Lorsqu'un TSPT dure plus de 3 mois il est considéré comme chronique, les symptômes anxieux et dépressifs peuvent s'aggraver et constituer des comorbidités avec un impact social important et un risque majoré de passage à l'acte suicidaire : c'est le modèle dynamique proposé par Alcaron et al. et cité par Auxéméry (32).

L'apparition d'un TSPT peut être différée par rapport à l'évènement effractant. Un quart des sujets qui développent un TSPT présentent des symptômes plus de 6 mois après leur exposition. Pendant cette période sont souvent décrits une irritabilité, un repli, une méfiance ou un état d'alerte (33). Ces tableaux cliniques qui se déclarent à distance sont plus souvent polymorphes avec des manifestations anxieuses et dépressives marquées ainsi que des consommations de toxiques plus fréquentes.

Il faut par ailleurs souligner que les troubles post-traumatiques présentent des comorbidités fréquentes (34). La dépression et le TSPT sont très intriqués et partagent certains symptômes et facteurs de vulnérabilité. Toutefois, une dépression peut survenir de manière isolée sans TSPT après un évènement traumatique, elle peut alors présenter certaines particularités cliniques (35). Le développement de conduites addictives comorbides d'un TSPT est également classique et tous deux s'aggravent réciproquement, les substances sont dans ce contexte utilisées pour lutter contre l'angoisse et les cauchemars. Les symptomatologies psychosomatiques touchent jusqu'à 80% des patients, les syndromes algiques sont particulièrement fréquents et leur localisation est liée ou non à des blessures physiques (36). Enfin en ce qui concerne les troubles des conduites, Lebigot rappelle que des passages à l'acte hétéro-agressifs peuvent survenir dans des circonstances rappelant le traumatisme ou perçues

comme hostiles. Les passages à l'acte auto-agressifs sont également plus fréquents que dans la population générale (33).

2. La migration :

Le concept de migration est défini comme le départ d'un individu de son pays d'origine vers un autre. Les raisons de ce départ sont souvent multiples et complexes. Pour Thierry Baubet et Marie-Rose Moro la migration « *correspond à toute une série de motivations conscientes et inconscientes intriquées, en proportion variable chez chaque individu, rendant chaque histoire unique* » (37). Nous retrouvons cette multiplicité des motifs de départ dans le discours des MNA (5).

Pour autant, quelles que soient les motivations, l'acte migratoire impose un déplacement, des ruptures et pour les moins fortunés le passage par des voies particulièrement risquées. Laure Woestelandt et Marie Rose Moro ont décrit 3 phases successives du processus migratoire et les risques particuliers que chacune d'elle comporte pour les MNA (38) :

- La première phase, « *pré migratoire* » peut déjà être marquée par des événements de guerre ou de violence à l'origine du projet de départ. Elle implique la rupture des liens avec la famille, l'environnement social et culturel. Elle engendre des processus psychiques se rapprochant de ceux du deuil.
- La phase « *per-migratoire* » est une phase de transition où le pays natal appartient au passé et le pays d'accueil au futur. Particulièrement à risque, le trajet migratoire surtout lorsqu'il se fait par voie terrestre, expose à des situations dangereuses.
- La phase « *post-migratoire* » correspond à l'arrivée dans le pays d'accueil. Elle est initialement source d'espoir et de joie mais un sentiment d'étrangeté vis-à-vis du pays hôte peut apparaître ensuite. Des difficultés émergent au quotidien, les jeunes doivent faire face à de nouvelles expériences : il faut répondre aux évaluations de minorité et d'isolement, raconter leur parcours, apprendre une nouvelle langue, de nouvelles règles sociales, tisser de nouveaux liens. Ils doivent composer et s'adapter à une réalité bien différente de celle qu'ils avaient fantasmée.

La migration engendre ainsi une modification des repères et implique des renoncements et des deuils. Pour Tobie Nathan c'est aussi « *un acte psychique qui, par les ruptures du cadre culturel externe qu'elle implique, provoque une rupture du cadre culturel*

interne » (39). La définition qu'il donne des contenants culturels est basée sur la définition du « moi-peau » d'Anzieu (40), il considère ces contenants culturels comme des contenants psychiques intériorisés à partir du milieu culturel de chaque individu. Il proposait par-là d'appréhender la culture comme une enveloppe supplémentaire, indispensable à la construction et à l'équilibre psychique, donnant un ensemble de codes et de pratiques pour décrypter le monde, le rendre intelligible et prévisible.

La culture jouerait donc un rôle protecteur vis-à-vis de la perplexité et de la frayeur. Dans cette perspective, l'expérience de la migration, de par la rupture de « l'enveloppe culturelle » qu'elle occasionne nécessairement, est en soi susceptible de fragiliser un individu, particulièrement dans sa rencontre avec les institutions du pays d'accueil, source de nombreux malentendus.

Pour Georges Devereux, la migration est un traumatisme aux dimensions multiples qui peuvent interagir entre elles (41): la dimension traumatique « classique » qui fait effraction dans le psychisme et qui a des conséquences sur son organisation, le traumatisme « intellectuel » ou du « non-sens » où le sujet reçoit des informations qu'il perçoit comme contradictoires et qui le placent dans une situation d'incompréhension et d'impasse. Ce concept est inspiré du modèle du « double-bind » (double contrainte) de Bateson. Et enfin le traumatisme de la perte du cadre culturel interne qui permettait de décoder la réalité externe.

Si l'impact traumatique de la migration n'est ni constant ni inévitable (37), lorsqu'il survient l'aspect culturel semble fréquemment en cause. Claude Barrois introduit le concept de « rupture communautaire » qui pourrait également être impliqué chez les MNA. La notion de communauté englobe les liens intersubjectifs, leur genèse et les structures humaines élaborées de l'enfance jusqu'aux groupes adultes et leurs institutions. Alors que le traumatisme psychique « constitue une fracture dans l'image de notre continuité existentielle et relève de l'effondrement narcissique, la rupture communautaire déchire l'enveloppe des mots et des significations qui ancrent chaque sujet au tissu social » (42).

Ainsi la migration, indépendamment des expériences effroyables auxquelles elle peut exposer les migrants, fragilise elle-même un individu. Les processus psychiques qu'elle implique pourraient révéler la présence d'une pathologie psychiatrique sous-jacente ou encore induire l'apparition de troubles médiés par des facteurs personnels et collectifs, pré, per ou post-migratoires.

3. Adolescence :

Enfin, lorsqu'on parle de MNA, on parle aussi d'adolescents. Il est important de le rappeler car l'adolescence constitue en elle-même un passage délicat marqué par des bouleversements psychiques, physiques, physiologiques et cognitifs. Elle se joue dans l'articulations de processus neuro-développementaux, intrapsychiques et environnementaux.

Le changement est au cœur de l'adolescence, il engage le jeune, son entourage et la société. Sur le plan psychopathologique, la construction identitaire d'un adolescent repose entre autres sur des processus de séparation, d'individuation et de subjectivation, il implique le renoncement à une image de soi porteuse d'un idéal, le remaniement des liens infantiles, la mise en place de nouvelles figures d'identifications pour aboutir à son « autonomisation psychique ». Ces processus sont coûteux et nécessitent que les changements puissent être élaborés à la fois par le sujet et par son entourage et que l'adolescent puisse s'inscrire cette construction identitaire dans une organisation sociale.

Dans les sociétés traditionnelles, ce moment est souvent codifié, des rites permettent de préparer et de marquer symboliquement la transition de l'enfance à l'âge adulte. Les rituels contribuent à soutenir le travail psychique de l'adolescence et à contenir les angoisses qu'elle suscite de toute part. L'absence de ces rituels, comme dans nos sociétés occidentales, peut être palliée par l'organisation sociale de groupes d'adolescents par exemple.

Ainsi il serait question pour l'adolescent de trouver des « contenants extérieurs » pour soutenir une élaboration psychique parfois tumultueuse. Pour Philippe Jeammet, « *l'entourage, en premier lieu la famille, est de la sorte sollicité pour jouer le rôle de support de projections, de contenant de l'appareil psychique, de suppléance à des fonctions et des instances de la psyché. Le milieu environnant constitue ainsi l'espace psychique élargi de l'adolescent* »(43).

La migration et ses conséquences, les ruptures dans la filiation, la perte du cadre culturel, la disparition de rituels symboliques, l'isolement, l'absence de contenance sociale et environnementale peuvent menacer de manière durable le développement et la construction identitaire du jeune (37, 38). Cette expérience peut mettre en cause le sentiment de continuité de soi, l'organisation des identifications et des idéaux, l'usage des mécanismes de défense, la cohérence du mode personnel de sentir, d'agir et de penser et la fiabilité des liens d'appartenance à un groupe. Pour Piliou-dimitris Stavrou, professeur en psychologie clinique, les spécificités psychiques de l'adolescence conduisent les jeunes migrants dans une situation de « double transit : géographique et psychologique » (26).

4. Modalités d'évaluation :

L'évaluation et la prise en charge des MNA est une tâche délicate, leur jeune âge, les fluctuations cliniques, la barrière de la langue et les différences culturelles pourraient être sources de « misdiagnoses » (44). En Europe, les études de prévalence se basent essentiellement sur des entretiens cliniques ainsi que sur l'utilisation d'auto ou hétéro-questionnaires. Il existe plusieurs de ces questionnaires évaluant le nombre d'expériences traumatiques, la présence et l'intensité de symptomatologies de stress post-traumatiques, de dépression, d'anxiété ou de troubles du comportement. Nous en présentons certains succinctement :

a. Échelles d'exposition au traumatisme :

SLE (Stressfull Life Events) :

Ce questionnaire comporte 12 questions fermées (oui / non) et recherche les événements de vie difficiles classiquement expérimentés par les MNA (séparation d'avec la famille, expériences de violence, manque d'eau et de nourriture, exposition à des faits de guerre). Ces événements correspondent à la définition d'un événement traumatique tel qu'il est défini dans le critère A du TSPT dans le DSM-IV. Il est disponible dans plusieurs langues.

b. Échelles de santé mentale :

HSCL-37A (Hopkins Symptom Checklist – 37A)(45) :

Cette échelle est particulièrement utilisée dans les études européennes. Elle a été mise au point en 2007 par Tammy Bean, chercheur hollandais, pour l'étude spécifique des conséquences des expériences traumatiques chez les MNA. Selon lui, la passation de longs questionnaires est trop lourde, raison pour laquelle il a adapté cet outil sous forme d'un bref auto-questionnaire traduit en 20 langues. Son but était de dépister, diagnostiquer et suivre l'évolution des troubles mentaux chez les jeunes migrants. Il s'agit d'une version révisée de la HSCL-25 qui est un auto-questionnaire (AQ) validé évaluant d'après les critères du DSM-IV la présence de symptômes dépressifs et anxieux (« internalizing symptoms » en anglais).

L'utilité de cet outil est basée sur deux arguments. Le premier est que l'emploi d'un AQ parmi les MNA permettrait de mieux dépister les symptômes anxieux et dépressifs. En effet, les adultes et tuteurs des jeunes qui pourraient les amener vers les soins auraient tendance à sous-estimer l'intensité de tels symptômes alors qu'à l'inverse, les symptômes comportementaux interpellent davantage et conduisent plus rapidement à des consultations

avec des professionnels de santé (46). Le second concerne ces manifestations comportementales ou « externalizing symptoms » qui ne sont pas étudiées dans la HSCL-25. Cette appellation que l'on pourrait maladroitement traduire par « troubles du comportement » ne renvoie pas exactement aux définitions françaises de troubles des conduites. Selon Bean elle inclue des manifestations et comportements en lien avec des traumatismes. Pour justifier l'intérêt de ces items dans l'évaluation des conséquences d'un traumatisme psychique il s'appuie sur plusieurs études suggérant que les mineurs ayant assisté à des événements violents présentaient de manière temporaire ou prolongée davantage de comportements antisociaux et de délinquance (47) (48-50).

Ainsi aux sous échelles de dépression et d'anxiété, ont été rajoutés 12 items dans la sous-échelle « externalizing symptoms » : elles questionnent la violation de règles établies, la présence de vols, d'une violence intentionnelle et de bagarres ainsi que la destruction de biens matériels qui correspondent aux critères de troubles des conduites. Elles questionnent également la présence d'une irritabilité et de fréquentes disputes qui sont deux critères du trouble oppositionnel tel que défini dans le DSM-IV. Enfin, 5 items interrogent les jeunes sur leur consommation de substances (alcool, tabac, psychotropes et drogues illicites).

La HSCL-37A se présente donc sous la forme suivante : 10 items pour la sous-échelle d'anxiété, 15 items pour la sous-échelle de dépression, et 12 items pour la sous-échelle « externalizing symptoms ». Chaque item est coté entre 1 (pas du tout) et 4 (très souvent). Les scores sont compris entre 37 et 148. Le seuil de positivité ou « cut-off » total de l'échelle a été fixé à $> 69/148$, le cut-off pour la sous échelle d'anxiété a été fixé à $> 20/40$, pour la dépression $> 33/60$ et pour les troubles du comportement $> 19/48$.

Les propriétés psychométriques de cet outil sont satisfaisantes. La fiabilité interne pour l'échelle totale et les sous -échelles « internalizing » et « externalizing » est respectivement de .91, .92 et .69. La fiabilité test-retest pour l'échelle totale après 12 mois a été analysée avec un coefficient de corrélation de Pearson et est satisfaisante ($r = .63, P < .001$).

RATS (*Réaction of adolescents to traumatic stress questionnaire* - Bean et Al, 2006 (51) :

Il s'agit d'un AQ développé par Bean pour dépister les symptômes de TSPT chez des adolescents issus de cultures différentes, à partir des critères du DSM-IV. Il comporte 22 items classés dans 3 sous échelles : évitement, reviviscences et hyper-activation neurovégétative. Les propriétés psychométriques de l'échelle et des 3 sous échelles sont respectivement de .88, .85, .69, et .73. La fiabilité test-retest à 12 mois est satisfaisante $r=.61$ ($p < .001$).

Partie IV : État de santé mentale des mineurs non accompagnés arrivés en Europe depuis 2000, une revue systématique de littérature.

1. Introduction

Les expériences douloureuses multiples et répétées en lien avec une migration forcée, le trajet migratoire et les difficultés rencontrées dans le pays hôte, exposent les jeunes au risque de souffrance psychique. Depuis les années 1980 et plus particulièrement depuis les années 2000, le nombre de publications scientifiques concernant la santé mentale des jeunes migrants arrivés en Europe ou aux États-Unis est croissant.

Dans une revue récente publiée par Kien et al. (52) portant sur des études Européennes, une prévalence élevée de troubles mentaux était mise en évidence : TSPT (médiane 35,3% [IQ 19 – 52,7%]), dépression (médiane 20,7% [IQ 10,3 - 32,8%]), troubles anxieux (médiane 15% [IQ 8,7 – 31,6%]), idéations ou passages à l'acte suicidaire (médiane 5% [IQ 0,7 – 9,3%]), troubles du comportement et de la régulation émotionnelle (médiane 25,2% [IQ 19,8 – 35%]). Toutefois, la majorité des études concernant la santé mentale des jeunes réfugiés confondaient les mineurs non accompagnés et accompagnés.

A notre connaissance, une seule revue systématique de la littérature publiée en 2009 par Huemer et al. (53) traitait spécifiquement des troubles mentaux chez les MNA.

L'analyse des 22 articles inclus n'a pas permis de dégager de données de prévalence du fait d'une grande hétérogénéité des études et des modalités d'évaluation. Les auteurs concluaient à des niveaux de souffrance psychique plus élevés chez les MNA aussi bien par rapport à la population générale que par rapport aux mineurs ayant migré avec au moins un de leurs parents. Les MNA étaient plus exposés aux expériences traumatiques, aux TSTP, aux syndromes dépressifs et aux troubles anxieux.

Néanmoins, cette étude comportait de nombreux biais. L'analyse confondait des études européennes et américaines. Or, les populations de MNA en Europe et aux États-Unis sont très différentes à la fois sur le plan culturel, sociologique et de l'histoire migratoire. De plus, certaines études incluses dans la revue ont étudié des populations de MNA largement après leur majorité entraînant une grande disparité en termes d'âge.

L'objectif de notre étude était de réaliser une revue systématique de littérature concernant plus particulièrement les MNA arrivés en Europe depuis le début des années 2000 pour préciser

la nature et la fréquence des troubles mentaux dans cette population et d'identifier les facteurs qui leurs sont associés.

Le choix de cette période et de ce continent d'étude a pour but de réduire les biais en lien avec l'hétérogénéité des populations de migration.

2. Méthodes :

Nous avons réalisé des recherches sur les moteurs de recherche « PubMed », « PsycInfo » et « ScienceDirect » avec l'équation de recherche suivante :

- « Unaccompanied asylum seeking children » or « unaccompanied minors » or « unaccompanied children » or « separated children seeking asylum » or « unaccompanied immigrant children »

AND

- « Mental health » or « mental illness » or « mental disorder » or « psychiatric illness » or « depression » or « depressive disorder » or « depressive symptoms » or « major depressive disorder » or « anxiety disorders » or « anxiety » or « generalized anxiety disorder » or « ptsd » or « post traumatic stress disorder » or « somatization » or « somatic symptom disorder » or « psychosomatic » or « drugs » or « alcohol » or « substance abuse ».

Dans un second temps, nous avons analysé la bibliographie des articles inclus ou exclus. Au total 19 articles ont été inclus dans notre recherche.

Les critères d'inclusion de la revue systématique de la littérature étaient les suivants :

- Articles : Études originales, transversales ou longitudinales.
- Évaluation : échelles validées ou non, entretiens semi-dirigés, diagnostic clinique
- Population : MNA
- Terrain : pays Européens.
- Période : 1^{er} janvier 2000 au 30 juin 2019.
- Critère de jugement principal : troubles psychiatriques dont trouble anxieux, épisode dépressif caractérisé, idées suicidaires, TSPT, trouble psychotique, troubles psychosomatiques, consommation de toxiques, troubles du comportement, trouble de régulation émotionnelle.
- Langues : français, anglais.

Les critères d'exclusion de la revue systématique de la littérature étaient les suivants :

- Articles : Revues de littérature, études qualitatives.
- Population : Mineurs déplacés au sein de leur pays d'origine.

Cette revue systématique de la littérature suit les recommandations PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (54).

3. Résultats :

A. De la recherche bibliographique :

Le détail des étapes de la sélection des articles est disponible dans le diagramme de flux de la revue systématique (**Figure 1**).

A partir des critères d'inclusion détaillés ci-dessus, nous avons sélectionné 19 articles.

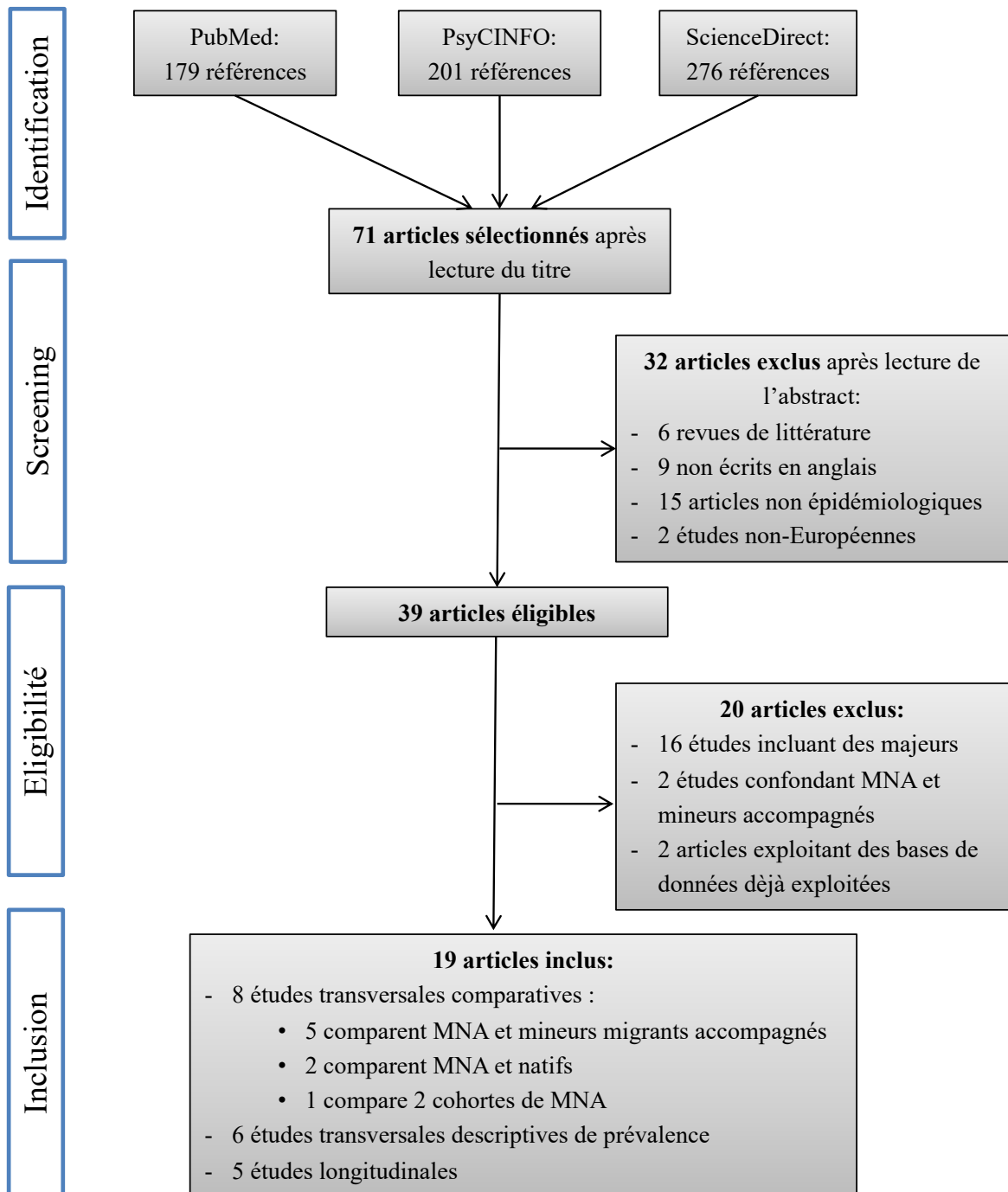


Figure 1. Diagramme de flux de la revue systématique

a. Présentation des études transversales descriptives

2018 « Morbidity profile and sociodemographic characteristics of unaccompanied refugee minors seen by paediatric practices between october 2014 and february 2016 » - Kloning T. BMC Public Health.(55)

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective réalisée en Allemagne, entre 2014 et 2016 dont l'objectif était de dresser un état des lieux des problèmes de santé psychiques et somatiques chez les MNA à leur arrivée en Bavière.

Méthodologie :

Les auteurs ont analysé 154 dossiers médicaux de MNA récemment arrivés en Bavière. Les données ont été collectées pendant les premières consultations médicales de ces jeunes entre octobre 2014 et février 2016 et s'intéressaient pour le volet somatique à l'examen clinique ainsi qu'aux examens complémentaires et pour l'aspect psychique les auteurs ont recherché la présence de troubles du sommeil, de cauchemars et de céphalées. Ces données n'étaient disponibles que dans 28 dossiers. Les consultations se sont déroulées sans interprètes.

Description de l'échantillon :

La cohorte était constituée de 154 MNA dont 93,5% de garçons âgés de 10 à 18 ans (médianes : garçons 16 (10-18), filles 17 (14-18)). Ils étaient originaires de 14 pays, principalement la Somalie (27,8% n=20), l'Érythrée (20,8% n=15), l'Afghanistan (19,4%, n=14) et la Syrie (13,9% n=10).

Résultats :

- Un diagnostic de TSPT était suspecté chez 7 des 28 patients (25%) pour qui les données étaient disponibles.
- Sur le plan organique, ils retrouvaient de forts pourcentages de pathologies infectieuses, dont la gale (27,9%).
- Au total, seuls 12,5% des MNA ne présentaient pas de besoin de soins médicaux à l'arrivée.

Les auteurs concluaient que les MNA nécessitent une prise en charge globale dès leur arrivée.

Limites :

Cette étude comportait de nombreuses limites concernant principalement le recueil des symptômes psychiques : ceux-ci ont été analysés rétrospectivement pour une proportion très faible de l'échantillon (28 individus), ils ont été relevés par des médecins non spécialistes sans outils standardisés et lors d'entretiens sans interprètes. Cette méthodologie pourrait avoir engendré une sous-évaluation des troubles.

**2016 « État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. »
Monpierre O. *Bulletin de la Société de Pathologies Exotiques.* (56)**

Il s'agit d'une étude transversale réalisée en France entre janvier 2011 et décembre 2013. L'objectif était de décrire l'état de santé global des MNA accueillis en Gironde et d'évaluer la pertinence du protocole de prise en charge sanitaire systématique à leur destination élaborée en 2009 dans ce département (DROMIE).

Méthodologie :

Tous les MNA accueillis par le DROMIE et pour qui un dossier médical a été créé entre le 01/2011 et le 12/2013 ont été inclus dans l'étude. Selon le protocole du DROMIE, ils ont bénéficié d'une consultation infirmière puis deux consultations médicales. Le recueil de données psychiatriques s'est fait rétrospectivement à partir des symptômes décrits dans les dossiers médicaux. La correspondance de ces symptômes avec les critères du DSM-IV ou de la CIM-10 a été pondérée subjectivement en termes d'intensité et de probabilité diagnostique.

Description de l'échantillon :

Sur les 434 jeunes accueillis par le DROMIE pendant ces 3 années 235 MNA ont été inclus. Pour cet échantillon, 143 dossiers complets et 92 incomplets ont été récupérés. L'âge moyen était de 16,2 ans, 89,7% étaient des garçons originaires principalement d'Afrique centrale (n=62), d'Afrique du nord (n=61), d'Afrique de l'Ouest (n=42) ou d'Asie du sud (n=39).

Résultats :

- 48% des garçons et 87% des filles ont déclaré au moins une Expérience Traumatique (ET).

- Les données relaient une importante proportion de symptômes anxieux et de stress post-traumatique. Par ailleurs 15 jeunes consommaient tabac, 3 du THC et 2 de l'alcool. Un jeune a été pris en charge en addictologie pour toxicomanie et un diagnostic de schizophrénie a été posé après un suivi d'un an avec un psychiatre.

Troubles psychiatriques	Dossiers complets N=143 (%)	Dossiers incomplets N= 92 (%)	Total
ESPT sévère	5 (3,5%)	1	6
ESPT probable	52 (36,4%)	9	61
Troubles du sommeil	59 (41,3%)	14	73
Symptômes anxieux sévères	12 (8,4%)	4	16
Symptômes anxieux modérés	36 (25,2%)	7	43
Trouble dépressif modéré à sévère	17 (11,9%)	10	27
Idées suicidaires	5 (3,5%)	3	8
Tentative de suicide	1 (0,7%)	2	3
Troubles du comportement	7 (4,9%)	12	19
Troubles d'ordre psychotique	3 (2,1%)	1	4
Trouble bipolaire	1 (0,7%)	0	1

- Sur le plan organique les pathologies les plus fréquemment retrouvées, et/ou les plus graves, étaient les parasitoses digestives, les bilharzioses, les filarioses, l'hépatite B, la carence martiale, le déficit en G6PD et les caries dentaires.

Les auteurs concluaient que les MNA cumulent les risques sanitaires à la fois des adolescents et des réfugiés clandestins. Ils requièrent donc une attention particulière et adaptée dès leur entrée sur le territoire.

Limites :

Cette étude était limitée par les modalités diagnostiques des troubles psychiatriques. Ils ont été posés à postériori par une tierce personne d'après les informations de dossiers concernant des consultations sans interprètes, menées par des médecins non spécialisés. La durée des troubles était rarement renseignée et les consultations pas assez nombreuses pour permettre de poser un diagnostic certain.

2016 « Heath status and disease burden of unaccompanied asylum seeking adolescents in Bielefeld, Germany : cross setcionnal pilot study » - Marquardt L. Tropical medicine and international health. (57)

Il s'agit d'une étude transversale réalisée en Allemagne entre 09/2011 et 07/2014. Son objectif était d'évaluer l'état de santé physique et psychique des MNA ainsi que les associations entre la présence de troubles, le genre et le pays d'origine de ces jeunes.

Méthodologie :

Un échantillon a été constitué dans un groupe de MNA hébergés dans un foyer de Bielefeld en Allemagne dédié à l'accueil de demandeurs d'asile. Chacun d'eux a bénéficié d'une consultation de médecine infectieuse et tropicale dans les 15 jours suivant son arrivée. Les données ont été extraites des dossiers médicaux. Concernant les troubles psychiatriques, les cliniciens ont recherché des antécédents de consommation de toxiques, la présence de troubles du sommeil, de cauchemars ou d'une perte d'appétit. Les référents socio-éducatifs ont été interrogés sur la présence de troubles du comportement, d'un retrait relationnel ou de pleurs. Si un trouble était suspecté, les patients étaient adressés à des consultations spécialisées.

Description de l'échantillon :

La cohorte était composée de 102 MNA dont 76,5% de garçons, âgés en moyenne de 16,04 ans (filles 15,96 / garçons 16,26 ans), 37% étaient originaires d'Asie du sud, 29% d'Afrique subsaharienne et 13% d'Afrique du Nord. Le pays le plus représenté était l'Afghanistan (18,6 %).

Résultats :

- 8,8% des garçons consommaient de l'alcool, 13,7% du tabac et 10% du cannabis.
- 13,7 % des jeunes présentaient des symptômes de troubles psychiatriques (5,9% de dépression, 4,9% de TSPT, et 2,9% associant les deux). La proportion de troubles psychiques était plus élevée chez les filles (25% Vs 10,3%), particulièrement pour le TSPT (20.8% Vs 3.8% (p= 0.017)). Avec ajustement quant à la région d'origine les résultats n'étaient pas significatifs.
- Par ailleurs sur le plan somatique une infection a été diagnostiquée chez 58,8% des MNA et au moins deux infections chez 15,7% d'entre eux avec une association significative avec la région d'origine. Chez les MNA originaires d'Afrique subsaharienne, le taux de pathologie infectieuse était le plus élevé (87%).

Les auteurs concluaient qu'il est indispensable de dépister et de prendre en charge les jeunes dès leur arrivée, sur le plan physique comme psychique, pour leur assurer un état de santé compatible avec les processus d'intégration, d'éducation etc...

Limites :

L'étude était principalement limitée par les modalités de dépistage sur le plan psychiatrique. Les évaluations ont été réalisées par des médecins non psychiatres sans échelle ni outil transculturel validé et sans interprète. La proportion de troubles psychiatriques, faible dans cette étude, a pu être sous-évaluée.

**2014 « *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country* »
Vervliet M. *Scandinavian Journal of Psychology*. (58)**

Il s'agit de la première phase, transversale, d'une étude longitudinale réalisée en Norvège sur une durée de 2 ans. Les auteurs ont décrit l'état de santé mentale des MNA à l'arrivée. Cette étude s'intègre dans un projet de recherche européen sur les MNA associant deux équipes belges et suédoises.

Méthodologie :

Les auteurs ont inclus des patients en Norvège et en Belgique à leur arrivée. En Belgique, les psychologues des centres d'accueil ont proposé à tous les MNA de plus de 14 ans arrivés entre septembre 2010 et janvier 2011 de participer à l'étude : 103 jeunes ont été inclus et ont été évalués par AQ, avec interprète si besoin. En Norvège, un assistant de recherche travaillant en « centre de transit » a inclus les jeunes pendant certaines périodes (12 semaines en 2009, 8 en 2010 et 21 en 2011). Seuls ceux parlant les 6 langues les plus représentées ont été recrutés (Arabe, Dari, Farsi, Somali, Sorani et Pashto), soit 50% des MNA au moment de l'étude. Au total 204 ont été inclus. Les AQ (Sociodemographic questionnaire, HSCL-37A, SLE, RATS en Belgique et PTSS 16 en Norvège) ont été complétés en langue maternelle, sur ordinateur, avec la possibilité d'utiliser une version audio des questions.

Description de l'échantillon :

La cohorte était composée de 307 jeunes (203 recrutés en Norvège, 104 en Belgique) avec 84% de garçons en Belgique et 100% en Norvège. L'âge moyen était de 16,3 ans. Les MNA étaient originaires principalement d'Afghanistan (65,8%), 50% des jeunes femmes étaient originaires

de Guinée, aucune d'Afghanistan. Pour 30,4% des jeunes, les deux parents étaient encore en vie et pour 22,4% les deux étaient décédés.

Résultats :

- En moyenne les MNA déclaraient 6,41 ET. Les plus fréquemment retrouvées étant le décès d'un proche (78,9%), la maltraitance physique (72,5%) et les expériences de danger (81,8%). Comparativement les jeunes filles rapportent beaucoup plus de violences sexuelles (62,5% dans la cohorte belge Vs 19,8% chez les garçons de la cohorte belge et 9,5% de la cohorte suédoise).
- Les échelles de santé mentale retrouvaient une forte intensité de souffrance psychique avec 52,7% des scores supérieurs aux cut-off de la sous échelle de stress post-traumatique, 44,1% de dépression et 38,3% d'anxiété.
- Le nombre d'E.T apparaissait comme le seul facteur influençant significativement la sévérité des symptômes :
 - Analyse MANCOVA étudiant l'impact du nombre d'ET sur les symptômes anxieux : $F = 17.545$, $df = 1$ ($p = 0.000$) et dépressifs : $F = 16.919$, $df = 1$ ($p = 0.000$)
 - Analyse ANOVA étudiant l'influence du nombre d'ET sur TSPT : $F = 29.028$, $df = 1$ ($p = 0.000$).
 - Les analyses trouvaient une association positive entre ce nombre et les échelles de TSPT ($B=1,265$), de dépression ($B=0,071$) et d'anxiété ($B=0.066$).

Limites :

Les limites principales de cette étude résidaient dans les grandes disparités de sexe, d'âge et de culture dans les populations étudiées. De plus, en Norvège seuls les jeunes hommes parlant les 6 langues pour lesquelles un interprète était disponible ont été inclus. Enfin le recueil d'information s'est fait par auto-questionnaires, que les jeunes ont parfois passé seuls devant un ordinateur. La fiabilité des réponses obtenues dans ce contexte eut être source de biais.

2012 « *Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children : results from a large-scale cross-sectional study* » Bronstein I. *European Child and Adolescent Psychiatry*. (59)

Il s'agit d'une étude transversale réalisée en Angleterre en 2010. L'objectif était d'étudier l'état de santé mentale des MNA originaires d'Afghanistan car cette communauté était la plus représentée en Europe parmi les MNA à cette période et que les graves conflits devenus chroniques sur le territoire Afghan avaient souvent exposé les MNA à des faits de guerre.

Méthodologie :

Au sein des services de protection de l'enfance londoniens, 222 MNA afghans ont participé à l'étude. En présence d'un interprète ils ont rempli les questionnaires HSCL-37A et SLE.

Description de l'échantillon :

Il était composé de 222 jeunes, à 100% des garçons, âgés en moyenne de 16,34 ans, présents en moyenne depuis 572 jours en Angleterre et 62,6% étaient en foyer d'accueil.

Résultats :

- Les MNA rapportaient en moyenne 6,6 ET.
- Un fort pourcentage de jeunes déclarait une intensité de symptômes supérieure aux cut-off de l'échelle HSCLA-37A pour l'anxiété (34,6%) et la dépression 24,3%
- 2 variables étaient significativement associées avec les sous échelles : le nombre d'expériences traumatiques avant la migration et la durée de séjour en Angleterre.
 - o Une analyse bi-variée retrouvait des associations significatives entre le nombre d'ET et la sous-échelles de dépression (0,415 (p<.001)), de troubles du comportement (0,415 (p<.001)) et d'anxiété (0,398 (p<.001)).
 - o Une analyse bi-variée retrouvait une association significative entre un temps de séjour croissant et la sous échelle des troubles du comportement (0,15 (p<.05))
Pour les auteurs ce phénomène pouvait être dû aux longues procédures de demande d'asile et d'obtention de titres de séjour qui pourraient susciter une grande tension et favoriser les passages à l'acte.

Limites :

Cette étude présentait plusieurs limites : même si les auteurs ont tenté de réduire les biais en lien avec l'hétérogénéité culturelle des populations de MNA en se concentrant sur les jeunes originaires d'Afghanistan, seuls ceux pris en charge par les services sociaux ont été inclus. Ainsi l'échantillon n'incluait peut-être pas les plus fragiles qui ne bénéficiaient pas d'une prise en charge. Enfin, l'utilisation des auto-questionnaires a pu biaiser l'estimation de la prévalence.

2011 « Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors in Austria » Huemer J. Springer (60)

Il s'agit d'une étude transversale réalisée en Autriche évaluant la prévalence de troubles mentaux chez les MNA originaires d'Afrique ainsi que leurs déterminants. Les auteurs justifiaient l'étude de cette catégorie particulière par une forte exposition à des conflits armés dans leurs pays d'origine. Ils ne donnaient pas de précision quant à la date de l'étude, mais les éléments de contexte permettent de la situer dans les années 2000.

Méthodologie :

Les auteurs ont recruté 41 MNA au sein de 8 foyers d'accueils. Les critères d'inclusion suivants ont été appliqués : âge compris entre 15 et 18 ans, origine africaine et maîtrise suffisante de la langue anglaise (5 jeunes ont été exclus pour ce motif). Les MNA ont été rencontrés pendant plusieurs jours successifs et plusieurs heures par jour par des pédopsychiatres. Ils ont évalué la présence de symptômes psychiatriques via des entretiens structurés et l'utilisation de plusieurs outils (M.I.N.I Kid, YSR (Youth Self Report), « UCLA PTSD Reaction Index for DSMIV », FAY (Facts About You) et SCWP (Scales for Children afflicted by War and Persecution)).

Description de l'échantillon :

La cohorte était composée de 41 MNA dont 85% de garçons âgés en moyenne de 16,9 ans. Ils étaient originaires de Gambie (34,1%), de Somalie (26,8%) et du Nigeria (19,5%).

Résultats :

- La prévalence des troubles mentaux était importante avec 56% des jeunes présentant au moins un diagnostic psychiatrique. Les plus représentés étant les troubles de l'adaptation mais également le TSTP et la dépression.

Pathologies psychiatriques	n	%
Trouble de l'adaptation	9	22
TSPT	8	19,5
Trouble de l'humeur	6	14,6
Idéations suicidaires	4	9,8
Trouble oppositionnel	2	4,9
Trouble psychotique	1	2,4

- Le genre féminin apparaissait comme le seul facteur significativement associé au diagnostic de TSPT (analyses bi-variées ajustées pour l'âge (B= 2,59 (p<.02)) et pour l'exposition à des faits de guerre (B=2,66 (p<.029)). Les analyses étudiant l'impact du nombre d'ET ne retrouvaient pas d'association significative avec le TSTP après ajustement pour l'âge et le sexe.

Limites :

Le très faible effectif de cette étude était la principale source de biais et a pu influencer sur les résultats des tests statistiques. En effet, il paraît surprenant que le nombre d'expériences traumatiques ne soit pas statistiquement corrélé au TSPT. De plus les MNA n'ayant pas un niveau d'anglais suffisant ont été exclus de l'étude. Or, un plus faible niveau éducatif représente possiblement un facteur de vulnérabilité et il pourrait alors y avoir un biais de sélection conduisant à sous évaluer l'intensité des troubles. Enfin, les auteurs ne précisaient pas la période de l'étude ni le temps de présence des adolescents sur le territoire, ce qui pourrait également influencer sur la symptomatologie.

b. Présentation des études transversales comparatives

2019 « Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany : a cross sectional study » Muller LRF. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. (61)

Il s'agit d'une étude transversale réalisée en Allemagne entre avril et septembre 2017 comparant le nombre d'expériences traumatiques (ET) et l'état de santé mentale des MNA et des mineurs migrants accompagnés d'au moins un parent (MA).

Méthodologie :

19 foyers d'accueils sur 83 ont participé à l'étude. Seuls 37,5% des entretiens se sont faits avec interprètes. Un échantillon de 98 mineurs a été constitué dont 68 MNA. Le recueil de données a été réalisé via plusieurs auto et hétéro-questionnaires évaluant : le niveau de souffrance psychique (HSCL-37A), le nombre d'ET et les symptômes de stress post-traumatiques (CATS) et le niveau de ressources et de stress (ERSS).

Description de l'échantillon :

La cohorte de 68 MNA est composée à 97,1% de garçons, âgés de 16,28 ans en moyenne et résidant en Allemagne depuis 21,46 mois. Ils étaient originaires de 12 pays, majoritairement d'Afghanistan (55,1%), de Syrie (14,3%) et d'Érythrée (11,2%). 38,2% avaient un statut de réfugiés, 25% étaient en attente de réponse et pour 30,9% la demande a été refusée. Comparativement à la cohorte de MA, les MNA étaient plus âgés, arrivés plus récemment en Allemagne et pour la plupart des garçons originaires de pays Africains.

Caractéristiques sociodémographiques	MNA (n=68)	MA (n=30)	t-Test	p
Age moyen (en années)	16,78	15,13	4,2	<.001
Proportion de garçons (%)	97,1	73,3		
Durée de séjour en Allemagne (en mois)	19,69	25,47	-2,92	<.01
Région d'origine				
- Afghanistan	42,6%	83,3%		
- Pays arabes	25%	16,7%		
- Érythrée	16,2%	0%		

Résultats :

- Les MNA déclaraient au moins une ET chacun avec un nombre moyen de 8,82 évènements en rapport avec le trajet migratoire essentiellement (trajet migratoire dangereux = 97,1%, manque d'eau et de nourriture pendant plusieurs jours = 83,8%, témoin d'un meurtre = 80%).
- La comparaison statistique entre les deux groupes montrait une exposition plus importante aux ET chez les MNA même après ajustement pour l'âge.
 - o Témoin d'un décès violent ou soudain : $t=15,38$ ($p<0,001$)
 - o Accident grave ou blessure : $t= 14,13$ ($p<0,001$)

- Présents sur zone de guerre : $t= 5,85$ ($p< 0,05$)
- Les analyses retrouvaient des corrélations entre le nombre total ET et l'âge ($r= 0,45$ ($p<0,001$)) ainsi qu'avec à la présence d'un soutien familial ($r= -0,20$ ($p<0,05$)). L'isolement et un âge croissant étaient positivement associés avec une plus forte exposition au traumatisme.
- Les échelles de santé mentale retrouvaient de très forts pourcentages de jeunes présentant des scores au-delà des cut-toff, qu'ils soient accompagnés ou non, avec de fortes proportions de symptômes de stress post-traumatique (PTSS)

Échelles	MNA	MA
PTSS (CATS SS)	64,7%	36,7%
Dépression (HSCL-Dep)	42,6 %	30%
Anxiété (HSCL- Anx)	38,2%	23,3%

- La comparaison entre les deux groupes ne retrouvait pas de différence significative après ajustement pour l'âge, le nombre d'ET et la durée de séjour. Cela pourrait être dû au petit effectif de l'étude ou à l'étayage plus important des MNA par les services socio-éducatifs allemands. Par ailleurs, les mineurs vivants auprès de leurs parents pourraient souffrir des répercussions des troubles de ceux-ci.
- Le nombre total d'ET apparaissait comme le plus fort prédicteur d'une santé mentale dégradée. Les analyses par régression hiérarchique retrouvaient les résultats suivants :
 - CATSS : $R^2_{adj}=.235$, $F =30,56$, ($p<.001$)
 - HSCL 37A tot : $R^2_{adj}=.201$, $F=25,08$, ($p<.001$).
- Les facteurs de stress quotidiens étaient significativement associés avec toutes les sous échelles de la HSCL-37A après ajustement pour le nombre d'ET :
 - Le nombre total d'expériences traumatiques et le niveau de ressources quotidiens étaient significativement associés avec le score total de la HSCL 37A ($R^2_{adj}=.30$, $F=21.65$ ($p<.001$)), et la sous échelle « internalizing symptoms » ($R^2_{adj}=.24$, $F=16.93$ ($p<.001$)).

- Le nombre total d'expériences traumatiques, les facteurs de stress quotidiens et la mauvaise maîtrise de la langue étaient significativement associés avec la sous échelle de dépression ($R^2_{adj} = .28$, $F = 13.83$, ($p < .001$)).
- Le nombre total d'expériences traumatiques et le soutien social dans le pays hôte étaient significativement associés avec la sous échelle d'anxiété ($R^2_{adj}=.16$, $F=10.39$, ($p<.001$)).
- Les scores de la sous échelle « externalizing symptoms » étaient significativement associés avec les scores de ressources quotidiennes et l'isolement ($R^2_{adj} = .21$, $F= 13.93$, ($p < .001$)).

Les auteurs concluaient que leurs résultats étaient concordants avec ceux d'autres études européennes et mettaient en lumière la sévérité de la détresse psychologique des MNA.

Limites :

Cette étude présentait plusieurs limites, la première et principale source de biais découlait de l'utilisation d'auto-questionnaires, méthodologie ne permettant pas une estimation épidémiologique précise. Une seconde source de biais résultait des faibles effectifs et de la non représentativité des échantillons. De plus, les deux cohortes n'étaient pas comparables en termes d'âge et de sexe ratio. Enfin, la grande hétérogénéité culturelle et de parcours constituait une limite inhérente à l'étude de cette population.

2018 « Starting from scratch : prevalence, methods and function of non suicidal injury among refugee minors in Belgium » Verroken S. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. (62)

Il s'agit d'une étude transversale Belge réalisée en février 2017 étudiant et comparant la prévalence des passages à l'acte auto agressifs entre une population de jeunes migrants, des jeunes natifs, ainsi que des MNA.

Méthodologie :

Au sein de 6 établissements belges, 141 jeunes âgés de 14 à 18 ans ont été recrutés dans des classes pour néo-arrivants. Ils ont été évalués par un auto-questionnaire de 11 questions à traduites en plusieurs langues et élaborées par les auteurs à partir des critères du DSM V

concernant les conduites auto-agressives non suicidaires. Ils ont été remplis sous la supervision d'un des auteurs, d'un membre de l'établissement scolaire et d'un interprète si nécessaire.

Description de l'échantillon :

Parmi ces 141 jeunes, 26 étaient des MNA. L'âge moyen dans la cohorte était de 16,2 ans, 60,3% étaient des garçons et 60% étaient originaires de Syrie et d'Afghanistan. Les auteurs ne donnaient pas d'informations sociodémographiques plus détaillées sur les MNA.

Résultats :

- Parmi les MNA 26,0% déclaraient au moins un antécédent de conduite auto-agressive durant leur vie et 14,3% durant les 12 derniers mois. L'âge déclaré d'apparition des conduites était de 13,29 années en moyenne.
- Les analyses ne retrouvaient pas de différence significative entre les MNA et les autres. Pas plus qu'elle ne mettait en évidence de différence dans la prévalence de gestes auto-agressifs entre la population générale et les jeunes migrants de cet échantillon.

Limites :

La principale limite de cette étude était la non représentativité de la population, elle n'incluait que les jeunes scolarisés, sachant lire et écrire au moins dans leur langue. Cela pourrait conduire à sous évaluer la prévalence des troubles car les jeunes se trouvant hors du système éducatif pourraient être les plus vulnérables et le niveau éducatif pourrait jouer un rôle protecteur vis-à-vis des troubles mentaux. Au sein de la cohorte, le nombre de MNA était trop faible pour généraliser ces résultats. Pour finir l'étude a pu être biaisée par l'utilisation d'auto-questionnaires mis au point par les auteurs et non validé, notamment sur le plan transculturel.

**2015 « *Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care.* »
*Ramel B. Springerplus (63).***

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée en Suède en 2014, comparant le recours aux soins hospitaliers des MNA par rapport aux autres adolescents du même secteur. Les auteurs précisait que dans ce secteur résidaient 81 077 adolescents âgés de 12 à 17 ans dont 2% de MNA (environ 500 avec un titre de séjour ou statut de réfugiés et 1157 en attente de statut).

Méthodologie :

Une base de données a été établie en 2011 à partir des registres de codage du service d'urgences et d'hospitalisation pédopsychiatriques de l'hôpital Skåne à Malmö. Les données portant sur les consultations et hospitalisations de mineurs pour des motifs psychiatriques ont été étudiées. De plus, deux questions ont été posées aux 48 cliniciens responsables des admissions de ces patients : combien de MNA ont été admis pour une symptomatologie de stress en lien avec leur procédure de demande d'asile ? Combien de MNA et de jeunes suédois ont été admis pour passage à l'acte ou idées suicidaires ? 37 médecins ont répondu en 2014, soit 3 ans plus tard.

Description de l'échantillon :

En 2011, 261 mineurs ont consulté dans ce service d'urgences dont 56 MNA. 75% d'entre eux étaient originaires d'Afghanistan. 95% étaient des garçons.

Résultats :

- Chez les MNA on retrouvait plus de garçons et un âge moyen significativement plus élevé ($p < .001$).

Caractéristiques sociodémographiques	MNA (n =1657)	Non MNA (n =81 077)	p
Genre masculin	94,5%	29%	< .001
Age moyen en années	15,9	14,9	<.001

- Les MNA étaient plus représentés en hospitalisation (3,4% vs 0,26%) avec significativement plus de soins sans consentement ($p = .026$).

	MNA (n =1657)	Non MNA (n =81 077)	p
Recours aux soins hospitaliers	3,4% (n=56)	0,26% (n=205)	
Soins hospitaliers sans consentement	0,67%	0,02%	= .026

- Chez les MNA, 76,8% souffraient de troubles liés à des facteurs de stress dont le TSPT (F40-48) et 86% présentaient une symptomatologie de stress réactionnelle aux procédures de demande d'asile.

Diagnostic	MNA (n=56)
F40-48 : Troubles liés à des facteurs de stress	76,8%
F30-39 : Troubles de l'humeur	16,1%
F10-19 : troubles liés à l'usage de substances psycho actives	3,6%
F90-98 : Troubles du comportement et émotionnel	1,8%
Z 00-99 : facteurs influant sur l'état de santé et le recours aux soins	1,8%
F 20-29 : schizophrénie et troubles délirants	0%

- Comparativement, les MNA présentaient significativement plus de troubles liés à des facteurs de stress (76,8% Vs 30,7%, $p < .001$). Aucune autre différence significative n'a été identifiée.

Les auteurs concluaient à une surreprésentation des MNA en milieu hospitalier comparativement aux autres adolescents du même secteur.

Limites :

La limite principale de cette étude résidait dans le caractère rétrospectif de l'interrogatoire des cliniciens ayant rencontré les jeunes aux urgences trois ans plus tôt. La fiabilité de leurs souvenirs était certainement une source de biais. De plus les deux groupes n'étaient pas comparables en termes d'effectifs, d'âge moyen et de sexe ratio.

2009 « Psychological needs, service utilization and provision care in specialist mental health clinic for young refugees : a comparative study. » Michelson M. Clinical Child Psychology and Psychiatry (25)

Il s'agit d'une étude transversale réalisée dans un centre de consultation pédopsychiatrique londonien situé dans un secteur où résidait alors une communauté importante de réfugiés. Elle comparait des MNA avec des mineurs ayant migré accompagnés (MA) en termes de prévalence de troubles mentaux, de profils sociodémographiques et de modalités d'accès aux soins.

Méthodologie :

Une cohorte de MNA et une cohorte de MA ont été constituées dans un centre de consultation pédopsychiatrique spécialisé de Londres « Young Refugee Mental Health Project » (YRMHP). Pendant 2 ans (2002 à 2004), les jeunes ont été évalués cliniquement par plusieurs psychologues et travailleurs sociaux de la structure.

Description de l'échantillon :

78 jeunes ont été inclus sur 128 consultants. 49 d'entre eux étaient des MNA.

Résultats :

- Les MNA étaient plus âgés, originaires de pays Africains (82%) et plus récemment arrivés en Angleterre au moment de leur rencontre avec le service de pédopsychiatrie.

Caractéristiques sociodémographiques	MNA (n=49)	MA (N=29)
Age moyen (en années)	16,29	10,97
Proportion de garçons	43%	45%
4 principaux pays d'origine	22% Éthiopie 22% Uganda 10% Sierra leone 10% Kosovo	31% Kosovo 14% Angola 7% côte d'ivoire 7% Bolivie
Séjour en Angleterre (en mois)	12,31	18,25

- Les MNA avaient traversé significativement plus d'ET que les MA (3,2 vs 1,83, $p < .01$).

Échelle SLE	MNA (n=49)	MA (N=29)	p
- Témoins d'un meurtre ou d'une agression	80%	48%	<.01
- Meurtre d'un proche	79%	48%	<.01
- Disparition d'un proche	72%	48%	<.05
- Torture	41%	14%	<.05
- Agression sexuelle	31%	0%	<.01
Nombre moyen d'évènements traumatiques	3,2	1,83	<.01

- Une proportion très importante de MNA souffrait de TSPT, d'angoisse, de dépression. Les analyses statistiques comparatives retrouvaient significativement plus de TSPT, de troubles des conduites et de deuils chez les MNA. Ces résultats étaient mis en lien avec le plus grand nombre d'expériences traumatiques :

Troubles mentaux	MNA (n=49)	MA (n=29)	P
Deuil	96%	48%	<0,001
TSTP	85%	66%	<0,05
Anxiété	85 %	86%	.90 ns
Dépression	76%	66%	.35 ns
Troubles des conduites	9%	28%	<0,05
Psychose	4%	0%	.26 ns

Les auteurs concluaient à une plus grande vulnérabilité des MNA comparativement aux MA.

Limites :

Cette étude présentait plusieurs limites. D'une part l'échantillon n'était pas représentatif du fait d'un recrutement en consultation pédopsychiatrique. D'autre part, les deux cohortes n'étaient pas comparables en termes de région d'origine et d'âge. De plus, la faible taille de l'échantillon représentait un biais potentiel car il peut réduire la puissance des tests.

2009 « Mental health Problems in Separated Refugee Adolescents » – Derluyn I. journal of Adolescent Health. (64)

Il s'agit d'une étude transversale réalisée en Belgique comparant la prévalence des troubles mentaux et la fréquence des expériences traumatiques chez les MNA et les MA.

Méthodologie :

Les jeunes ont été recrutés au sein de classes pour néo-arrivants. Sur les 42 établissements proposant de telles classes, 34 ont été randomisés et 1294 jeunes ont accepté de participer à l'étude. Parmi eux 10% (n=124) étaient des MNA. Chaque adolescent a été invité à remplir 3 auto-questionnaires traduits dans plusieurs langues : HSCL 37A, RATS et SLE.

Description de l'échantillon :

Sur les 1294 jeunes inclus, 124 étaient des MNA, âgés en moyenne de 16,6 ans, 64,2% étaient des garçons, originaires majoritairement d'Afrique (64,2%) et résidant en Belgique depuis moins d'un an (83,1%). 74% d'entre eux résidaient en foyer d'accueil et seuls 12,9% vivaient déjà seuls dans leur pays d'origine.

Résultats :

- Les MNA déclaraient en moyenne 6,96 ET (6,53 pour les garçons et 7,9 pour les filles), essentiellement liées au trajet migratoire. Ce nombre était significativement plus élevé chez MNA après ajustement pour l'âge et le genre ($F = 60,23$, ($p=.000$)). Par ailleurs, les jeunes filles non accompagnées étaient significativement plus exposées que les jeunes garçons ($F= 3,94$, ($p=.003$)).
- Un fort pourcentage de MNA présentait des scores au-dessus des cut-off des échelles de santé mentale. Ils étaient par ailleurs supérieurs aux MA.
 - RATS Total : 36,7%
 - HSCL 37A dépression : 30,2%
 - HSCLA 37A anxiété : 20 %
 - HSCL 37A troubles du comportement : 12,7%
- Le genre féminin apparaissait comme un facteur de vulnérabilité : les symptômes anxieux, dépressifs et de TSPT étaient significativement supérieurs chez les jeunes femmes non accompagnées par rapport aux jeunes garçons non accompagnés :
 - Dépression : 1,82 vs 1,67 ; $F (1) = 27,67$, ($p=.000$)
 - Anxiété : 1.72 vs. 1.58; $F (1) = 23,61$, ($p=.000$)
 - RATS total score : 42,26 vs 39,38 $F (1) = 16,33$, ($p=.000$)
- L'isolement était significativement associé à une plus grande sévérité des troubles par rapport aux MA :
 - HSCL 37A total : $F (4) = 5,41$, ($p=.000$)
 - RATS Total : $F (4) = 2,65$, ($p= .032$)
- Le nombre d'ET était significativement associé à l'intensité de tous les troubles mentaux étudiés ici :
 - RATS Total (TSPT) : $F (1) = 167,29$ ($p=.000$)
 - HSCL 37 A dépression : $F (1) = 85,24$ ($p=.000$)
 - HSCL 37A anxiété $F (1) = 77,12$ ($p=.000$)
 - HSCL 37A « externalizing symptoms » : $F (1) = 34,98$ ($p=.000$)

Les auteurs concluaient que les MNA étaient plus vulnérables aux troubles psychiques du fait de leur isolement et du nombre d'ET qu'ils ont traversés.

Limites :

Cette étude présentait comme biais principal l'utilisation d'auto-questionnaires comme modalité d'évaluation clinique. On ne pouvait donc pas faire de corrélation fiable entre un diagnostic et les résultats de ces échelles. De plus, l'influence de potentiels facteurs déterminants tels que le statut dans le pays hôte ou le niveau éducatif, n'ont pas été étudiés ici.

2008 « Risk and resilience for psychological distress in unaccompanied asylum seeking children » Hodes M. Child Psychology And Psychiatry.(65)

Il s'agit d'une étude transversale réalisée en Angleterre en 2002 comparant la prévalence de troubles mentaux chez les MNA et les mineurs ayant migré avec au moins un de leurs parents.

Méthodologie :

Entre 2002 et 2003, les auteurs ont recruté 78 MNA via les services sociaux de Westminster. Une cohorte de 35 adolescents ayant migré après l'âge de 10 ans et accompagnés d'au moins un parent a été constituée dans un lycée. Les données ont été recueillies par des questionnaires sous la supervision de l'un des auteurs : le questionnaire HTQ (Harvard Trauma Questionnaire), l'échelle IES (Impact of Event Scale) et la BDSR (Birlson Depression Self-Rating Scale).

Description de l'échantillon :

La cohorte de MNA était composée de 78 jeunes, l'âge moyen dans l'échantillon était de 17 ans, 66,7% étaient des garçons, 55,2% étaient originaires d'Afrique (25,6% d'Éthiopie) et 33,4% d'Europe (26,9% du Kosovo).

Résultats :

- Le nombre moyen d'ET était très important (28 par MNA vs 12 chez MA, principalement des faits de guerre et des expériences de deuil). Ces expériences étaient significativement plus importantes chez les MNA même après ajustement pour l'âge.

- Les résultats de l'échelle IES rapportaient des scores importants de stress post-traumatique chez les MNA, plus de la moitié de ces jeunes était à risque de développer un TSTP (61,5% chez les garçons et 73,1% chez les filles).

IES, scores moyens	MNA	MA	T	p
Filles	42,27	21,88	4,260	.000
Garçons	36,98	15,33	3,859	.001

- Les MNA étaient significativement plus à risque de TSPT (garçons 61,5% vs 14%, (p=.005) / filles 71,3% vs 35,3% (p=.023))
- Le genre féminin, un âge croissant, un logement instable ainsi qu'un nombre croissant d'expériences traumatiques étaient positivement associés avec l'intensité des symptômes de stress post-traumatique.
- L'échelle BDRS retrouvait des scores importants pour les MNA mais sans différence significative par rapport à l'autre échantillon. La prévalence de la dépression était de 11,5% pour les garçons et de 23,1% pour les filles. Ces chiffres étaient élevés et les auteurs mettaient en lien la plus forte proportion féminine avec une plus grande vulnérabilité aux épisodes dépressifs chez les adolescentes, indépendamment de la migration ou de l'isolement. Mais les effectifs étaient ici très faibles et les résultats ne pouvaient pas être généralisés.

Les auteurs concluaient à une plus grande vulnérabilité des MNA par rapport aux mineurs accompagnés, surtout des jeunes femmes. Selon eux il conviendrait d'améliorer les perspectives de prise en charge après 18 ans ainsi que les conditions d'hébergement pour atténuer les états de détresse psychique.

Limites :

Cette étude présentait de très petits effectifs ne permettant pas de généraliser ses conclusions. De plus l'échantillon confondait les jeunes sans préciser leur durée de séjour en Angleterre alors que cet élément pourrait influencer survenue ou l'évolution des troubles. Enfin les outils d'évaluation ne sont pas validés sur le plan transculturel et les auteurs ne précisent pas si les jeunes ont pu faire appel à un interprète ou non, ce qui pourrait également biaiser les résultats.

2006 « Factors associated with mental health Service need and utilization among Unaccompanied Refugee Adolescents » Bean T. (66)

Il s'agit d'une étude transversale réalisée aux Pays Bas en 2002 comparant une cohorte de MNA avec des jeunes natifs des Pays Bas en termes de besoins ressentis en santé mentale.

Méthodologie :

Cette étude s'inscrivait dans le projet de recherche « Unaccompanied Refugee Minor and Dutch Mental Health Care Service » lancé aux Pays Bas en 2001. La cohorte de 920 MNA a été constituée et étudiée à partir de la base de données NIDOS, institution de tutelle et de protection des MNA. Une cohorte de 1059 jeunes hollandais a été constituée dans 10 lycées généraux et professionnels, ils étaient âgés en moyenne de 15,7 ans et 57% étaient des garçons. La méthodologie d'évaluation dans les deux cohortes était également similaire à celle de l'article précédemment cité : échelles à destination du jeune (HSCL 37A, RATS et SLE), de son tuteur (CBCL/4/18) et des professeurs (TRF 4/18).

Résultats :

- 57,8% des MNA déclaraient un besoin de soins psychiques (vs 8,2% des natifs hollandais), 18,1% de leurs tuteurs (n=557) et 7,8% de leurs professeurs (n=496) avaient le sentiment que ces jeunes nécessitaient une prise en charge

	MNA (n=920)	Adolescents hollandais (n=1059)
Besoin ressenti de soins psychiques	57,8%	8,2 %
Désir de prise en charge	72,2 %	11,7%
Accès aux soins	12,7%	16,1%
Absence de réponse à une demande de soins	48,7%	4,5%

- Les auteurs ne donnaient pas de diagnostics mais des scores moyens aux échelles qui étaient significativement plus importants chez les MNA, excepté pour les troubles du comportement (t= -15,25, p<.001)

Échelles	Scores moyens MNA	Score moyen Hollandais	T scores
HSCL37A Total	66,33	58	13,74 *
HSCL37A Internalizing	50,78	39,81	4,04 *
RATS	49,21	32,17	28,31 *
HSCL37A externalizing	15,49	18,19	-15,25 *
Nombre d'évènements traumatiques	6,17	3,05	34,46 *

* $p < .001$

- Le nombre total d'ET était le principal facteur déterminant de l'intensité des symptômes et du besoin ressenti de soins après ajustement statistique, (SLE >7 évènements / besoin ressenti : AOR= 1,8 (IC 95% : 1,2-2,8), ($p < .001$)).
- Les auteurs retrouvaient également un effet aggravant de :
 - o L'âge > 16 ans (AOR= 1,5, [IC 95% 1,0-2,2], ($p < .05$))
 - o L'absence d'un membre de la famille aux pays bas (AOR = 1,6, [IC 95% 1,1-2,3], ($p < .05$)).

Limites :

Cette étude était limitée par la grande hétérogénéité culturelle de l'échantillon, mais aussi par l'utilisation d'auto-questionnaires. De plus le taux d'attrition était élevé.

2005 « Unaccompanied Adolescents Seeking Asylum : Poorer Mental Health under a restrictive reception » Reijneveld SA. (67)

Il s'agit d'une étude transversale réalisée en 2003 aux Pays Bas comparant les effets de deux types de prise en charge sur des MNA. Les auteurs opposaient le « campus » où la supervision était constante, les allées et venues limitées, sans apprentissage de la langue hollandaise avec un foyer où les jeunes n'étaient pas surveillés et auraient davantage accès à l'éducation.

Méthodologie :

Un échantillon de 69 jeunes a été constitué parmi les 87 nouveaux MNA arrivés entre mars et juillet 2003 et résidant dans le « campus ». La cohorte de jeunes résidant en foyer comportait 53 individus arrivés entre juillet et novembre 2002. Dans les deux cohortes, l'état de santé

mentale a été évaluée dans les 6 mois suivant leur arrivée par 2 auto-questionnaires disponibles dans 20 langues : HSCL-25 et RATS.

Description des échantillons :

Ces deux échantillons étaient comparables en âge (16,1 Vs 16,4 ans), en proportion de garçons (38% Vs 44%) et en termes d'origine (87% originaires de pays africains Vs 88,7%).

Résultats :

- Quelles que soient les modalités de prise en charge, les MNA présentaient en moyenne des scores importants de détresse psychologique :

	MNA pris en charge sur le campus (M)	MNA en foyer (M)
HSCL 25 total	59,3	53,4
RATS total	56,1	51,5
HSCL 25 « anxiety »	36,3	34
HSCL 25« depression »	22,9	19,4

- En comparaison, les jeunes pris en charge sur le « campus » présentaient des scores moyens significativement plus élevés après ajustement statistiques pour l'âge et le sexe quant aux scores d'anxiété essentiellement (scores moyens HSCL 25 « anxiety » : 22,9 vs 19, F test = 2,9, (p<.008)). Ces scores sont d'autant plus élevés chez les jeunes femmes (F test : souffrance psychique (p=.023), dépression (p=.016)).

Les auteurs concluaient qu'il s'agirait pour les travailleurs sociaux de tenir compte de ces effets négatifs d'une prise en charge restrictive pour mieux penser l'accueil des MNA.

Limites :

Pour cette étude les auteurs ont utilisé des auto-questionnaires, il y a donc un risque de sous ou sur-évaluation de la symptomatologie et donc pas de possibilité de faire une corrélation diagnostique précise à partir de ces données.

c. Présentation des études longitudinales

2019 « Long term mental health in unaccompanied minors refugee – pre and post- flicht predictors » Jensen TK. European Child and Adolescent Psychiatry. (24)

Il s'agit d'une étude longitudinale réalisée en Norvège sur une durée de 5 ans jusqu'en 2017. Les auteurs évaluaient et comparaient l'état de santé mental des MNA à leur arrivée et après 5 ans dans le pays, ainsi que l'impact de facteurs pré et post-migratoires.

Méthodologie :

La cohorte était composée de 98 MNA recrutés dans 6 centres d'accueil. Plusieurs séries d'entretiens d'évaluation ont été menés à 6 mois de leur arrivée (T1, n=98), à 2ans (T2, n=78) et 5ans plus tard (T3, n=47). Les MNA ont rempli des auto-questionnaires en tête à tête avec un assistant de recherche. Plusieurs échelles ont été utilisées : de santé mentale (HSCL-37A, CPSS et CSSI-8), d'exposition au psychotraumatisme (SLE), de facteurs de stress quotidien et de soutien social (DSSYR et FSSQ).

Description de l'échantillon :

Il était représentatif de la population des MNA vivant en foyer à cette période. Leur âge moyen à T1 était de 13.8 ans, 81% étaient des garçons et 22% étaient originaires d'Afghanistan.

Résultats :

- Les jeunes rapportaient en moyenne 5,7 ET avant leur arrivée (66% décès d'un proche, 66% témoin de violences, 66% témoin de faits de guerre).
- Une forte proportion présentait des scores aux échelles de santé mentale supérieurs aux cut-off, et ce à l'arrivée comme à 5 ans avec principalement des symptômes de TSPT :

	T1 (6m) : %(n)	T3 (5ans) : %(n)
Symptômes de stress post traumatique (PTSS)	63,2 (55)	41,9 (18)
Symptômes anxieux	32,6 (30)	24,4 (10)
Symptômes dépressifs	21,3 (20)	15,2 (7)
Troubles du comportement	0	0

- A T3 l'échelle d'évaluation des manifestations psychosomatiques retrouvait un score moyen de 13,95/32 et les jeunes rapportaient en moyenne 2,7 nouvelles ET.
- Les résultats ajustés quant à l'âge, au genre et aux ET avant T1 ne montraient pas d'évolution significative en santé mentale à 2 ans. A T3 en revanche, on observait une diminution significative des scores aux échelles de dépression et une légère diminution des scores de stress post-traumatique :
 - Dépression : T3 Vs T1 : Coeff = -3,26 [CI 95% : -5,81 - 0,71], (p = 0.013))
 - PTSS : T3 Vs T1, Coeff = -2,96 [CI 95% : -5,78 - -0,16], (p=0,039))
- Seul le genre féminin et le nombre d'ET étaient significativement associés aux différents troubles mentaux étudiés. Un âge croissant était quant à lui associé à une moindre évolution des symptomatologies de TSTP et de dépression.
 - Sexe féminin : (ajusté pour l'âge et l'exposition au trauma) IC 95%
 - PTSS : Coeff 5,41 (p=0,031)
 - Dépression : Coeff 4,27 (p=0,04)
 - Angoisse : Coeff 3,83 (p= 0,006)
 - Nombre d'ET : (ajuté pour l'âge et le sexe) IC 95% :
 - PTSS : Coeff 1,28 (p=0,003)
 - Dépression : Coeff 0,76 (p=0,032)
 - Angoisse : Coeff 0,61 (p=0,01)
- L'étude des facteurs post-migratoires à T3 retrouvait une proportion de 60% de jeunes décrivant le sentiment de ne pas avoir suffisamment de soutien social, 27% rapportaient une précarité économique, 22% un sentiment d'insécurité, 20% une incertitude quant à leur avenir et 17% des difficultés dans leurs démarches administratives. Les échelles retrouvaient les scores moyens suivants à T3 : DSSYR (stress quotidien) = 26,35/64 et FSSQ (soutien social) = 28,58/35.
- Les auteurs retrouvaient une association significative de ces facteurs de stress quotidien avec chacune des échelles de santé mentale :
 - Troubles psychosomatiques : Coeff = 1,53, [IC 95% 1,09-1,97], (p<0,001)
 - Dépression : Coeff = 0,9, [IC 95% 0,7-1,07], (p<0,001)

- PTSS : Coeff = 0,69, [IC 95% 0,4-0,99], (p<0,001)
- Anxiété : Coeff = 0,65, [IC 95% 0,5-0,79], (p<0,001)

Les auteurs concluaient que ces jeunes nécessitent une prise en charge à l'arrivée et sur la durée avec une attention portée aux facteurs de stress quotidiens dont l'impact est ici majeur.

Limites :

Cette étude présentait des limites en lien avec la faible taille de l'échantillon étudié et le taux important d'attrition. De plus, l'évaluation des troubles psychiques reposait essentiellement sur des auto-questionnaires ne permettant pas de faire une corrélation diagnostique exacte. Enfin les auteurs ne donnaient pas d'informations quant à la possibilité pour les jeunes de bénéficier de la présence d'un interprète.

2014 « *Development of mental health problems – a follow up study of unaccompanied refugee minors* » Jensen TK. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. (68)

Il s'agit de la première phase de l'étude longitudinale présentée précédemment. Les auteurs évaluaient la présence de troubles mentaux chez les MNA à leur arrivée et à 2 ans. Nous présentons donc uniquement des précisions quant aux résultats des analyses effectuées à 2 ans qui ne sont pas détaillées dans l'article précédent.

Résultats :

- A T2 les auteurs relataient une augmentation significative du nombre d'ET : 5,8 vs 6,6 (p<.05) et du nombre moyen d'évènements stressants : M change 0,8, SD = 2,6 [IC 95% 0,2-1,4], (p < 0,05).
- Entre T1 et T2 les scores moyens des deux échelles ne se modifiaient pas de manière significative malgré d'importantes fluctuations individuelles (60% des jeunes au-delà du cut-off à T1 le restent à T2 pour la HSCL 37A et 50% pour la CPSS) mais les auteurs retrouvaient une augmentation significative de réponses positives à l'item « idéation suicidaire » de l'échelle HSCL 37A.

- Le seul facteur significativement associé positivement avec une aggravation symptomatique à T2 était le nombre d'ET (B = 1,481, IC 95% 0,5 – 2,4 (p<0,05)).
- L'étude de l'impact des différents facteurs sociodémographiques, de la durée de séjour et du niveau d'éducation ne retrouvait pas d'associations significatives avec les scores des deux échelles.

Limites :

Cette étude était limitée par le délai de réévaluation à deux ans : celui-ci était peut-être court pour conclure à une chronicisation des troubles. En effet, les ressources psychiques des MNA sont fortement mobilisées pendant les premières années suivant leur arrivée et les auteurs faisaient ici état d'importantes fluctuations individuelles. Enfin, les auteurs ne retrouvaient pas d'influence significative du genre féminin alors même qu'ils observaient une tendance à l'augmentation des scores moyens aux différentes échelles chez les jeunes filles. Cela aurait pu être biaisé par le faible effectif de la cohorte et la faible représentation du genre féminin.

2014 « Longitudinal follow up of the mental health of unaccompanied refugee minors » Vervliet M.– European Child and Adolescent Psychiatry. (69)

Il s'agit d'une étude longitudinale de cohorte, réalisée en Belgique auprès de MNA pendant les 18 mois suivant leur arrivée. L'objectif était d'évaluer l'évolution de leur santé mentale pendant cette période ainsi que l'impact du nombre d'ET et des facteurs de stress quotidien.

Méthodologie :

Dans les deux centres d'accueil pour néo arrivants existants en Belgique, 103 MNA arrivés entre août et octobre 2009 puis entre juillet 2010 et février 2011 ont été recrutés. Les évaluations ont été réalisées dans les deux semaines suivant leur arrivée en Belgique (T1), à 6 mois (T2), puis à 18 mois (T3). Les données ont été recueillies par des hétéro et auto-questionnaires disponibles en 20 langues : un questionnaire socio démographique, HSCL-37A, RATS, SLE et DSSYR. Un interprète était présent lors de chaque entretien.

Description de l'échantillon :

La cohorte était composée de 103 MNA dont 84,5% de garçons. L'âge moyen était de 16 ans. Les principaux pays d'origine étaient l'Afghanistan (46,6%), la Guinée (19,4%) et le Congo

(5,8%). 31% avaient perdu leur père, 16% leurs deux parents. Cet échantillon était représentatif des MNA arrivés en Belgique cette année-là. Entre T1 et T3, 26 jeunes ont été perdus de vue.

Résultats :

- À T1 le nombre moyen d'ET était de 7,52 (85,5% rapportaient une expérience de danger, 82,3% le décès d'un proche, 79% une expérience de guerre et 75,8% ont été témoin de violences). Ce nombre évoluait peu (7,35 à T3).
- Les échelles de santé mentale retrouvaient d'importants pourcentages de MNA avec des scores au-dessus des cutoff aux 3 temps de l'étude. Ainsi les symptômes de souffrance psychique et de troubles mentaux semblaient peu évolutifs à court terme.

	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)
TSTP	48	55,1	53,2
Dépression	33	32,5	35,1
Anxiété	25,7	30,4	36

- L'échelle DSSYR retrouvait une augmentation du nombre moyen de facteurs de stress quotidiens (T1 = 4,63 ; T3 = 6,46), avec en premier lieu des expériences de discrimination (T1 = 16,7% ; T2 = 31,5% ; T3 = 37%) ainsi qu'un sentiment d'incertitude vis-à-vis de l'avenir (50% à T1, 59,3% à T3).
- Les analyses statistiques par régression linéaire retrouvaient un impact modéré mais significatif du nombre d'ET ainsi que des facteurs de stress quotidiens sur toutes les sous échelles. Ces derniers résultats sont d'autant plus importants à prendre en compte et à étudier que cette étude montre qu'ils augmentent avec le temps. (*p<.001).

	HSCL 37A anxiété	HSCL 37A Dépression	RATS total PTSD
DYSSR	0.04*	0.07*	0.06*
SLE	0.06*		0,03*

Les auteurs concluaient que les MNA ont besoin d'un dépistage et d'une prise en charge immédiate des symptômes de souffrance psychique mais qu'il conviendrait également de prêter une attention plus importante aux conditions de vie dans le pays hôte de manière à réduire les facteurs de stress quotidiens et leur impact délétère.

Limites :

Le faible effectif de cette étude représentait une source de biais, d'autant plus qu'elle présentait un taux d'attrition important sur les 18 mois. Les outils utilisés ne permettaient pas de tirer de conclusions diagnostiques. De plus, même si les auto-questionnaires existaient en 20 langues et qu'un interprète était disponible, on peut penser que les différences de langues et de culture représentaient tout de même un biais potentiel dans le recueil d'informations.

2011 « Late onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors : Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms » SMID G. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. (70)

Il s'agit d'une étude longitudinale de cohorte menée sur une durée de 1 an aux Pays Bas. Le but était d'objectiver la vulnérabilité des MNA au TSPT. Ils ont accordé une attention particulière aux TSPT d'apparition tardive et ont étudié les potentiels déterminants de celui-ci.

Méthodologie :

Cette étude s'inscrivait dans le projet de recherche « Unaccompanied Refugee Minor and dutch Mental Health Care Service » lancé aux Pays Bas en 2001. Un échantillon représentatif de cette population vivant aux Pays Bas en 2002 a été constitué à partir de la base de données de l'institution NIDOS, institution nationale de tutelle et de soutien aux MNA et mineurs demandeurs d'asile. Dans cette base de 12 000 dossiers, 4000 ont été randomisés et 920 jeunes ont participé à l'étude. Les échelles suivantes ont été administrées par un assistant de recherche à T1 et T2 (12 mois plus tard) : HSCL 25, SLE et RATS. Les auto-questionnaires ont été traduits dans les langues les plus parlées parmi les MNA.

Description de l'échantillon :

A T1 l'échantillon était composé de 920 MNA résidant depuis moins de 18 mois aux Pays Bas, âgés en moyenne de 16,1 ans, à 72,8% des garçons, originaires de 48 pays différents, le plus représenté étant l'Angola (41,7%). 582 MNA ont participé aux deux temps de l'étude, soit 338 perdus de vue à T2, il pourrait s'agir des MNA ayant franchi le cap de la majorité et ne figurant donc plus dans le registre NIDOS.

Résultats :

- Les MNA déclaraient un nombre moyen important d'ET :
 - MNA asymptomatiques à T1 et T2 : 5,4
 - MNA souffrant de TSTP à T1 : 7,18
 - MNA souffrant d'un TSTP apparu à T2 : 6,4

- 40% des MNA présents aux deux temps d'évaluation étaient positifs à la RATS à T1. Ce pourcentage était stable à T2 mais une analyse plus précise révélait d'importantes variations individuelles :
 - A T1 : 40% (n=223) souffraient de TSPT. La moitié était toujours symptomatiques à T2.
 - A T2, le pourcentage de jeunes présentant ces symptômes restait stable à 41% mais 16% des MNA (n=88) les déclaraient à T2 uniquement.
 - 28% des jeunes souffrant de stress post-traumatique ont déclaré un TSPT de manière différée. Parmi eux 28% présentaient 1 symptôme à T1 et 59% présentaient 2 symptômes.

- Les symptômes de TSPT d'apparition tardive étaient significativement associés avec le nombre d'ET, un âge croissant et un faible niveau éducatif.
 - Exposition au traumatisme : $F(2) = 193,0$ ($p < .001$)
 - Age > 16 ans : $t = 25,3$ ($p < .001$)
 - Éducation < 3ans : $t = 9,7$ ($p < .01$)

- L'étude des facteurs prédictifs des TSPT d'apparition tardive retrouvait un impact des ET médié par les symptômes anxieux et dépressifs à T1.

Les auteurs concluaient qu'une attention particulière doit être accordée à l'apparition tardive de symptômes de TSPT, fréquente dans cette étude, et que celle-ci semblait médiée par une symptomatologie anxio-dépressive.

Limites :

Le principal biais potentiel découlait ici de l'utilisation d'auto-questionnaires pour évaluer la symptomatologie des MNA.

2007 « Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands : One year follow up. » Bean T. Soc Sci Med. (71)

Il s'agit d'une étude longitudinale menée aux Pays Bas en 2002 sur une durée de 1 an. Elle évaluait la prévalence de troubles mentaux dans une population de MNA en interrogeant les jeunes, leurs tuteurs et leurs professeurs. Ils ont également étudié l'influence des données sociodémographiques sur l'évolution des troubles.

Methodologie :

Cette étude s'inscrivait dans le projet de recherche « Unaccompanied Refugee Minor and dutch Mental Health Care Service » lancé aux Pays Bas en 2001. Un échantillon représentatif de cette population vivant aux Pays Bas en 2002 a été constitué à partir de la base de données de l'institution NIDOS, institution nationale de tutelle et de soutien aux MNA et mineurs demandeurs d'asile. Dans cette base de 12 000 dossiers, 4000 ont été randomisés et 920 jeunes ont participé à l'étude. Les échelles suivantes ont été administrées par un assistant de recherche à T1 et T2 (12 mois plus tard) : HSCL-25, SLE et RATS. Les auto-questionnaires ont été traduits dans les langues les plus parlées parmi les MNA.

Description de l'échantillon :

A T1 l'échantillon était composé de 920 MNA résidant depuis moins de 18 mois aux Pays Bas, âgés en moyenne de 16,1 ans, à 72,8% des garçons, originaires de 48 pays différents, le plus représenté étant l'Angola (41,7%). Les échelles suivantes ont été utilisées à T1 et T2 à l'intention des MNA : HSCL 37A, SLE et RATS, ces dernières ont été traduites dans plusieurs langues. L'échelle CBCL/4/18 a été soumise au tuteur, et à l'échelle TRF 4/18 aux professeurs.

Résultats :

- A T1, un fort pourcentage de jeunes était positif aux différentes échelles. Les résultats des hétéro-évaluations, bien qu'inférieurs, corroboraient le haut niveau de souffrance psychique.

Échelles à T1	338 MNA perdus de vue à T2	582 MNA
HSCL 37A internalizing	50,2%	46,2%
RATS Total	48,4%	41,9%
HSCL 37A externalizing	18,1%	12,2%
CBCL Internalizing	32,8%	26,8%
CBCL externalizing	15,6%	17,8%
TRF internalizing	36,4%	37,5%
TRF externalizing	16,2%	18,2%

- A T2 les auteurs concluaient à une chronicisation des troubles. Le niveau de détresse à T1 apparaissait comme le facteur prédictif le plus robuste d'une évolution chronique.

Évolution des échelles	T1 M	T2 M	t	p
HSCL 37A total	65,5	66,8	2,42	<.05
HSCL 37A externalizing	15,2	15,9	5,01	<.001
CBCL Total	19,6	16,6	2,32	<.05
TRF Total	25,0	16,7	3,02	<.001

- Le nombre d'ET était le facteur prédictif le plus robuste de l'intensité des troubles émotionnels et du comportement aux échelles d'auto évaluation.
- De plus, il ressort une association faiblement significative avec un âge croissant, les MNA les plus âgés étant également les plus exposés aux événements traumatiques. Les auteurs ne retrouvaient qu'une association très faiblement significative avec le sexe, la présence d'un proche aux Pays Bas, le type d'hébergement ou la durée de séjour. Le pays d'origine influait de manière plus significative : les jeunes originaires d'Ethiopie/Erythrée présentaient des scores significativement plus élevés aux différentes échelles que les autres.

Limites :

Cette étude présentait plusieurs limites, la première était la grande hétérogénéité culturelle de la cohorte de MNA. De plus elle présentait un taux d'attrition élevé, même si les deux échantillons de jeunes perdus de vue ou non restaient comparables. Enfin, les outils d'évaluation sont des auto-questionnaires. Les auteurs ont tenté de réduire les biais potentiels en incluant des hétéro-évaluations par les adultes en charge du jeune, pour autant une évaluation spécialisée aurait été nécessaire pour poser un diagnostic précis.

Tableau 1 : Récapitulatif des principales caractéristiques des études inclus dans la revue systématique

1er auteur	Date	Pays de l'étude	Période	Lieu de l'étude	Type d'étude	n	Âge moyen	Garçons (%)	Echelles
JENSEN TK. (24)	2019	Norvège	2011 - 2017	Foyers d'accueil	Longitudinale	98	13,8	81	HSCL-37A, CPSS, CSSI-8, SLE, DSSYR, FSSQ
MULLER LRF. (61)	2019	Allemagne	2017	19 foyers d'accueil	Transversale comparative	68	16,28	89,9	HSCL-37A, CATS, ERSS
VERROKEN S. (62)	2018	Belgique	02/2017	Établissement scolaire	Transversale comparative	26	NC	NC	Auto-questionnaire non validé
KLONING T. (55)	2018	Allemagne	2014 -2016	Consultation pédiatrique	Transversale	154	Médian 16	93,5	Diagnostic clinique
MONPIERRE O. (56)	2016	France	2011 -2013	Consultation médicales DROMIE	Transversale	143	16,2	90	Évaluation clinique
MARQUADT L. (57)	2015	Allemagne	2011 - 2014	Centre de consultation médical	Transversale	102	G=16,3 F=15,96	76,5	Évaluation clinique spécialisée
RAMEL B. (63)	07/07/1905	Suède	2011	Service d'urgences	Transversale comparative	56	15,9	94,6	Évaluation clinique spécialisée
VERVLIET M.(69)	2014	Norvège, Belgique	2009 - 2011	Centre d'accueil	Longitudinale	307	16,13	84 B, 100 N	HSCL 37A, SLE, RATS, PTSS 16
JENSEN TK.(68)	2014	Norvège	2012 - 2013	Centre d'accueil	Longitudinale	75	16,5	83	HSCL 37A, CPSS, SLE
VERVLIET M. (58)	2014	Belgique	2009-2011	Centres d'accueil	Longitudinale	103	15,99	84,5	HSCL-37A, RATS, SLE, DSSYR
BRONSTEIN I. (59)	2012	Angleterre	2010	Services de protection de l'enfance	Transversale	222	16,34	100	HSCL 37A, SLE
HUEMER J. (60)	2011	Autriche	NR	Foyers d'accueil	Transversale	41	16,95	85	M.I.N.I Kid, YSR, UCLA PTSD Reaction index, FAY
SMID G.(70)	2011	Pays Bas	2002	Base de données NIDOS	Longitudinale	920	16,1	73	HSCL 25, RATS, SLE
MICHELSON D. (25)	2009	Angleterre	2002-2004	Consultation pédopsychiatriques	Transversale comparative	49	16,29	43	Entretiens cliniques spécialisés
DERLUYN I.(27)	2008	Belgique	NR	Établissements scolaires	Transversale comparative	124	16,6	64,2	HSCL 37A, RATS, SLE
HODES M. (65)	2008	Angleterre	2002 - 2003	Services de protection de l'enfance	Transversale comparative	78	17	66,7	HTQ, IES, BDSR
BEAN T.(71)	2006	Pays Bas	2002	Base de données NIDOS	Étude longitudinale	920	16,1	72,8	HSCL 25, RATS, SLE
BEAN T. (66)	2006	Pays Bas	2002	Base de données NIDOS	Transversale comparative	920	16,1	72,8	HSCL 25, RATS, SLE
REIJNEVELD SA. (67)	2005	Pays Bas	2003	Foyer / Campus	Transversale comparative	69	16,1	38	HSCL 25, RATS

B. Synthèse des résultats

Dans cette revue systématique de littérature 19 études ont été incluses, celles-ci sont hétérogènes par plusieurs aspects : 5 sont longitudinales et 14 transversales dont 8 comparatives.

Les effectifs sont : < 100 individus (n=9), 100- 200 (n=5), 200- 1000 (n=5).

Elles évaluent la prévalence des troubles mentaux par des procédures différentes : par des auto-questionnaires (n=13) avec parfois des cut-off différents d'une étude à l'autre, des évaluations psychiatriques (n=3) ou des évaluations médicales non spécialisées (n=3).

Concernant la langue d'évaluation, des auto-questionnaires traduits en plusieurs langues étaient utilisés pour 10 études. Un interprète était présent pour 4 études. Dans 3 études ils n'ont eu recours ni à un interprète ni à la traduction d'auto-questionnaires. L'information est manquante pour 5 études.

La plupart des équipes de recherche a tenté de constituer un échantillon représentatif de la population de MNA présente sur leur territoire. Les MNA ont pour cela été recrutés en foyers (n=7), au sein d'établissement scolaires (n=2), dans des centres de consultations généralistes pour néo arrivants (n=3) et à partir de registres nationaux (n=5, Angleterre, Norvège). Deux équipes ont étudié l'état de santé des MNA rencontrés dans des structures de soins : dans un centre de consultations pédopsychiatriques spécialisées (n=1), ou en milieu hospitalier (n=1).

Concernant les pays d'origine, les échantillons sont très hétérogènes. Les pays les plus représentés sont des zones de conflit, en particulier l'Afghanistan (jusqu'à 66%). Deux équipes se sont concentrées respectivement sur des MNA originaires d'Afghanistan et d'Afrique subsaharienne.

L'âge moyen est compris entre 16 et 18 ans pour 17 études sur 19. La proportion de garçons était de 80 - 100% (n=10), 50 - 80% (n=6), < 50% (n=2) et non renseignée pour une étude.

La durée de séjour est décrite de manière inconstante dans ces articles. Quelques équipes ont mené des études transversales sur l'état de santé mentale MNA à l'arrivée alors que d'autres ont constitué des échantillons sans tenir compte du temps de présence antérieur dans le pays hôte.

La période d'étude s'étendait de 2000 à 2019. Toutes se sont déroulées en Europe : en Belgique (n=4) aux Pays Bas (n=4), en Allemagne (n=3), en Norvège (n=3), en Angleterre (n=2), en Suède (n=1), en Autriche (n=1) et en France (n=1).

La quasi-totalité de ces études rapporte des données concernant le nombre d'expériences traumatiques (n=12), les symptomatologies de stress post-traumatique (n=16), de dépression (n=16), d'anxiété (n=14). Très peu font état d'idées ou passages à l'acte suicidaires (n=2), de passages à l'acte auto agressifs non suicidaires (n=1), de symptômes psychotiques (n=4) ou de consommation de toxiques (n=3).

Enfin la grande majorité de ces études étudie l'impact de nombreux facteurs pré, per et post-migratoires : 12 publications sur 19 analysaient l'impact des caractéristiques sociodémographiques (telles que l'âge, le sexe, l'isolement), 12 cherchaient à établir un lien statistique entre les expériences traumatiques et les tableaux de souffrance psychique et 9 étudiaient l'impact de facteurs post-migratoires tels que les facteurs de stress quotidiens, le type d'hébergement, le vécu de discrimination, les procédures d'obtention de titre de séjour / réfugié.

La grande hétérogénéité des échantillons et des modalités d'évaluation ne permet pas de réaliser de méta-analyse à partir des données disponibles. Nous les rapportons ici en fonction du type d'évaluation et du lieu de recueil.

a. Synthèse des résultats en santé mentale

- Symptomatologie de stress post-traumatique :

Dans les études basées sur des auto-questionnaires (AQ) en centre d'accueil ou en établissements scolaires 37% à 65% des jeunes déclaraient une symptomatologie de stress post-traumatique (24, 58, 61, 64, 65, 68, 69, 71).

Dans les études rapportant des données diagnostiques, les consultations généralistes retrouvaient 5% à 40% de TSPT (55-57). Les évaluations psychiatriques retrouvaient 19,5% de TSPT chez les MNA recrutés en foyers (60). Ce taux atteignait 85% lorsque les MNA se présentaient spontanément en consultation pédopsychiatriques (25). L'étude réalisée en unité d'hospitalisation pédopsychiatrique rapportait des troubles liés à des facteurs de stress -dont le TSPT- chez 77% des MNA (63).

- Symptomatologie dépressive :

Interrogés par AQ, 12 à 43 % des MNA déclaraient des symptômes de dépression (24, 58, 59, 61, 64, 65, 69).

Les études basées sur des diagnostics généralistes évaluent ce taux entre 6 et 12% (56, 57). L'évaluation pédopsychiatrique de MNA en foyers retrouvait 15% de dépression (60). Les MNA se présentant spontanément en consultation pédopsychiatrique souffraient eux de dépression à 76% (25). En unité d'hospitalisation pédopsychiatrique, le diagnostic concernait 16% des MNA (63).

- Passages à l'acte ou idéation suicidaires :

Ces données sont disponibles dans deux études (56, 60).

Une étude basée sur des consultations généralistes à l'arrivée retrouvait 4,2% de MNA rapportant des idéations suicidaires ou d'antécédent de passage à l'acte.

L'étude basée sur une évaluation pédopsychiatriques en foyer retrouvait 9,8%.

- Symptomatologie anxieuse :

Les AQ rapportaient 20 à 38% de symptômes anxieux (24, 58, 59, 61, 64, 69).

Les évaluations diagnostiques trouvaient 33,6% de troubles anxieux en consultations généralistes (56) et 85% dans le centre de consultation pédopsychiatrique (25).

- Troubles du comportement :

Ces données étaient disponibles dans 3 études basées sur les AQ (61, 64, 71) qui trouvaient des pourcentages entre 10 et 13%.

Les évaluations cliniques trouvaient des taux entre 1,8 et 9% (25, 56, 60, 63).

- Symptômes psychotiques :

Ces données étaient rapportées dans 4 études basées sur des évaluations médicales, généralistes et pédopsychiatriques. Le taux de troubles psychotiques était évalué entre 2 et 3% en population générale (56, 60, 63). En centre de consultation pédopsychiatrique ce taux s'élève à 4% (25). Cette symptomatologie n'a pas été évaluée par AQ.

- Consommation de toxiques :

Ces données ont été étudiées spécifiquement dans 3 études. La consommation de substances toxiques ou psychotropes était évaluée dans la sous échelle « externalizing symptoms » mais les données quantitatives n'en ont pas été extraites.

L'étude en unité d'hospitalisation retrouvait 3,6% de troubles mentaux en lien avec l'usage de substance psychoactives (63).

Une étude réalisée lors des consultations généralistes pour néo arrivants (57) retrouvait 8,8% de garçons consommaient de l'alcool, 14% du tabac et 10% du THC.

Tableau 2 : Principaux résultats par modalité d'évaluation

Autoévaluations								
1 ^{er} auteur	Lieu	Échelles	SLE (n)	TSPT (%)	Dépression (%)	Angoisse (%)	Troubles du comportement (%)	Scarification (%)
Jensen TK. 2019	Foyers d'accueil	HSCL37A, CSSI8, CPSS, SLE	5,7	63,2	21,3	32,6	0	NR
Muller LRF. 2019	Foyers d'accueil	HSCL37A, CATS	8,82	64,7	42,6	38,2	10,3	NR
Verroken S. 2018	Établissement scolaire	Non validée	NR	NR	NR	NR	NR	26
Vervliet M. 2014	Centre d'accueil	HSCL37A, RATS, SLE, PTSS16	6,41	52,7	44,1	38,3	NR	NR
Jensen TK. 2014	Centre d'accueil	HSCL37A, CPSS, SLE	5,8	62	NR	NR	NR	NR
Vervliet M. 2014	Centre d'accueil	HSCL37A, RATS, SLE	7,52	48	33	25,7	NR	NR
Bronstein I. 2012	Protection de l'enfance	HSCL37A, SLE	6,6	NR	24,3	34,6	NR	NR
Derluyn I. 2008	Établissement scolaire	HSCL37A, RATS, SLE	6,96	36,7	30,2	20	12,7	NR
Hodes M. 2008	Protection de l'enfance	HTQ, IES, BDSR	28	61,5 (G) 73,1 (F)	11,5 (G) 23,1 (F)	NR	NR	NR
Bean T. 2007	Base de données NIDOS	HSCL25, RATS, SLE	NR	41,9	NR	NR	12,2	NR

Évaluations médicales								
1 ^{er} auteur	Modalités	TSPT (%)	Dépression (%)	IS ou TS (%)	Troubles anxieux (%)	Troubles des conduites (%)	Psychose (%)	Toxiques (%)
Kloning T. 2018	Consultations pédiatriques à l'arrivée	25	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Monpierre O. 2016	Consultations généralistes à l'arrivée	39,9	11,9	4,2	33,6	4,9	2,1	NR
Marquardt L. 2016	Consultations de médecine à l'arrivée	4,9	5,9	NR	NR	NR	NR	G : 8,8 OH, 13,7 Tabac, 10 THC
Ramel B. 2015	Consultations aux urgences / hospitalisation	76,8	16,1	NR	NR	1,8	0	3,6
Huemer J. 2011	Échelles et entretiens pédopsychiatriques en foyers	19,5	14,6	9,8	22	4,9	2,4	NR
Michelson D. 2009	Centre de consultations pédopsychiatriques	85	76	NR	85	9	4	NR

- Synthèse des études comparatives

Les études comparant des populations de MNA avec des MA ou issus de la population générale (n=5) (25, 61, 62, 64, 65) retrouvaient significativement plus d'ET et une souffrance psychique plus marquée chez les MNA, surtout concernant les TSPT.

L'étude réalisée en milieu hospitalier retrouvait une surreprésentation des MNA par rapport à une population générale du même âge (3,4% vs 0,26%) (63).

Enfin l'étude comparant deux types de prise en charge retrouvait une intensité de symptômes anxieux significativement plus importante chez ceux résidant dans la structure aux règles restrictives (Scores moyens HSCL 25 « anxiety » 22,9 vs 19, F test = 2,9, (p<.008)) (67)

- Synthèse des études longitudinales :

Aucune des études longitudinales ne retrouvait d'évolution significativement favorable en santé mentale avant un délai de 5 ans. Les études d'une durée inférieure concluent à une tendance à la chronicisation des troubles avec de grandes fluctuations (68, 70). En effet, l'étude s'intéressant à l'apparition tardive des symptômes de TSPT retrouvait que sur les jeunes souffrant de stress post traumatique, 28% déclarent les symptômes 1 an après la première évaluation soit 18 mois après leur arrivée (70).

Seule l'étude d'une durée de 5 ans retrouvait une diminution significative des pourcentages de dépression, et une diminution légèrement significative des TSPT (24).

Tableau 3 : Études transversales descriptives

Transversales descriptives							
1 ^{er} auteur	n	AQ	EM	Lieu	E.T.	Prévalences	Associations significatives
Kloning T. 2018	154	Non	Oui : NS	Consultation à l'arrivée	NR	TSPT 25%	
Monpierre O. 2016	235	Non	Oui : NS	Consultations à l'arrivée	>1 : 48% G 87% F	TSPT 40%, Troubles anxieux 33% Dépression 12%, IS 3,5%, TS 0,7% Troubles du comportement 4,9%	Genre féminin positivement associé aux expériences traumatiques.
Marquardt L. 2015	102	Non	Oui : NS	Consultations à l'arrivée	NR	Troubles psychiatriques 14 % Dépression 6% TSPT 5% TSPT & Dépression 3% Toxiques (G) : OH 9% tabac 14% THC 10%	Jeunes filles plus touchées, particulièrement pour TSPT
Vervliet M. 2014	307	Oui	Non	Centre d'accueil	6,41	TSPT 53% Dépression 44% Troubles anxieux 38%	E.T = seul facteur influençant la sévérité des troubles dépressifs, anxieux et TSPT (après ajustement pour le sexe et l'âge)
Bronstein I. 2012	222	Oui	Non	Services de protection de l'enfance	6,6	Troubles anxieux 35% Dépression 25%	E.T. associé avec Dépression, troubles anxieux et troubles du comportement Association entre temps de séjour croissant et troubles du comportement.
Huemer J. 2011	41	Oui	Oui : S.	Foyers	NR	>1 diagnostic psychiatrique 56% Troubles de l'adaptation 22% TSTP 20% Troubles de l'humeur 15%. Idéations suicidaires 10%, Trouble oppositionnel 5% Psychose 2%	Genre féminin = seul facteur significativement associé avec TSPT (après ajustement pour l'âge et l'exposition au traumatisme)

n= taille de l'échantillon, AQ= Auto-questionnaires, EM= Évaluation médicales, NS= Non spécialisées, S= Spécialisées, ET= Expériences traumatiques

Tableau 4 : Études comparatives

Études comparatives							
1 ^{er} auteur	n	AQ	EM	Lieu	E.T.	Prévalences chez les MNA	Associations significatives
Muller LRF. 2019	68 MNA vs 30 MA	Oui	Non	Foyers d'accueil	8,82	TSPT 75%, Dépression 43% Troubles anxieux 38%	Pas de différence significative pour troubles mentaux. Plus d'ET chez MNA après ajustement pour l'âge. Association positive âge et E.T. ET = plus fort prédicteur d'une santé mentale dégradée. Association positive facteurs de stress quotidiens avec échelles de santé mentale.
Verroken S. 2018	26 MNA vs 141 MA	Oui	Non	Lycée.	NR	>1 passage à l'acte auto-agressif/ vie 26% > 1 passage à l'acte auto-agressif/12 mois : 14,3%	Pas de différence significative
Ramel B. 2015	56 MNA vs 205 natifs	Non	Oui. S.	Urgence / hospitalisation.	NR	Trouble lié à des facteurs de stress 76,8% Stress réactionnel aux procédures de demande d'asile 86% Troubles de l'humeur 16% Troubles liés à l'usage de Toxiques 3,6% Troubles du comportement, de régulation émotionnelle 1,8%	Surreprésentation en unité d'hospitalisation (3,4% vs 0,26%) Plus de soins sans consentement p<.005 Plus de symptomatologies réactionnelles à des facteurs de stress (76,8% Vs 30,7%, p<.001).
Michelson D. 2009	49 MNA vs 29 MA	Non	Oui. S.	Centre de consultation pédopsychiatrique.	3,2 vs 1,83	Deuil 96% TSPT 85% Troubles anxieux 85% Dépression 76% Troubles des conduites 9% Psychose 4%	Plus d'ET (p<.01) Plus de TSPT, de troubles des conduites et de deuils chez les MNA (p<.05).
Derluyn I. 2008	124 MNA vs 1175 MA	Oui	Non	Établissements scolaires.	6,96	TSPT 37% Dépression 30% Anxiété 20% Troubles du comportement 13%	Nombre d'E.T. supérieures après ajustement pour l'âge et le genre MNA plus sévèrement touchés par les troubles mentaux. Genre féminin associé à la sévérité de TSPT, dépression et anxiété Nombre d'ET associé avec tous les troubles mentaux

Hodes M. 2008	78 MNA vs 35 MA	Oui	Non	Services de protection de l'enfance.	28	TSPT : F =73,1%, G =61,5% Dépression : F = 23,1%, G = 11,5%	Plus d'E.T. et nombre associé aux TSPT Significativement plus de TSPT (F = 71,3 vs 35,3, p<.05 / G = 61,5 vs 14%, p=.005). TSPY positivement associé avec un âge croissant, un logement instable et le genre féminin
Bean T. 2006	920 MNA vs 1059 natifs	Oui	Non	Bases de données NIDOS.	6,6	Besoin de soins psychiques ressentis 58%	Significativement plus de TSPT et autres troubles mentaux sauf troubles du comportement Nombre d'E.T. = facteur prédictif le plus robuste du besoin ressenti de soins.
Reijneveld SA. 2005	69 MNA campus vs 53 foyer	Oui	Non	Campus restrictif vs foyer d'accueil.	NR	Scores moyens importants de détresse psychologique dans les deux groupes	PEC sur le « campus » associé avec une anxiété plus importante, Particulièrement pour les jeunes filles

n= taille de l'échantillon, MA= mineurs migrants accompagnés, AQ = Auto-questionnaires, EM = évaluations médicales, NS= Non spécialisées, S=spécialisés, E.T.= Expériences traumatiques

Tableau 5 : Études longitudinales

Études longitudinales								
1 ^{er} auteur	n	AQ	EM	E.T.	Lieu	A T1	Fin de l'étude	Résultats significatifs
Jensen 2019 et 2014	T1 = 98 T2 = 78 T3 = 47	Oui	Non	5,7	Centre d'accueil	= à l'arrivée : TSPT 62% Anxiété 33% Dépression 21% Troubles du comportement 0%	= A 5ans : TSPT 41,9 Anxiété 24,4 Dépression 15,2 Troubles du comportement 0%	A 2ans : augmentation significative des idéations suicidaires A 5 ans : diminution significative des symptômes de dépression et de TSPT Association entre nombre d'E.T. et angoisse, dépression et TSPT (ajustée pour l'âge et le genre). Association entre facteurs de stress quotidiens et tous les troubles étudiés. Genre féminin associé à angoisse, dépression et TSPT (ajustée pour l'âge et le nombre d'ET) Âge croissant négativement associé avec une évolution des TSPT et dépression.
Vervliet	T1 = 103 T2 = 77	Oui	Non	7,52	Centre d'accueil	= à l'arrivée : TSPT 48% Dépression 33% Troubles anxieux 26%	A 18 mois : TSPT 53% Troubles anxieux 36% Dépression 35%	Impact modéré du nombre d'E.T. sur les troubles anxieux et TSPT. Nombre de facteur de stress quotidiens croissant Impact modéré des facteurs de stress quotidien sur dépression, TSPT et anxiété.
Smid 2011	T1 = 920 T2 = 582	Oui	Non	5,4 à 7,18	Institution NIDOS	= dans les 18 mois suivant l'arrivée : TSPT 40%	= à 1 an : TSPT 41% Dont 16% apparus à T2	Grandes fluctuations individuelles 28% des MNA souffrant de TSPT déclarent les symptômes de manière différée. TSPT d'apparition différée associé avec le nombre d'ET, un âge croissant et un faible niveau éducatif.
Bean 2007	T1 = 920 T2 = 582	Oui	Non			= dans les 18 mois suivant l'arrivée : HSCL « internalizing » 50% TSPT 48,4% Troubles du comportement 18%	= à 1 an : HSCL « internalizing » 46,2% TSPT 42% Troubles du comportement 12,2%	Évolution significative en faveur d'une chronicisation des troubles. Le score aux échelles à T1 était le facteur e plus prédictif d'une chronicisation des troubles. Le nombre d'E.T. était le facteur prédictif le plus robuste de l'intensité des différents troubles

n= taille de l'échantillon, *MA*= Mineurs migrants accompagnés, *AQ*= Auto-questionnaires, *EM*= Évaluation médicales, *NS*= Non spécialisées, *S*= Spécialisées, *ET*= Expériences traumatiques

b. Synthèse des résultats concernant les potentiels facteurs associés aux troubles :

- Nombre d'expériences traumatiques :

Les différentes études analysées retrouvaient un nombre moyen d'ET (le plus souvent évalué par l'échelle SLE) compris entre 3,2 et 28. Ces événements étaient le plus souvent en lien avec le trajet migratoire ou des faits de guerre.

13 études (25, 58, 59, 64-66, 68-71) ont analysé l'impact de ces expositions, toutes sauf une retrouvaient une association significative entre un nombre croissant d'expériences traumatiques et une détérioration en santé mentale, principalement en termes de TSPT mais aussi de dépression et d'anxiété (24, 61).

Une étude relatait une augmentation significative du nombre d'ET dans les années suivant l'arrivée dans le pays hôte (n=5,8 à T1 vs n=6,6 à T2 (2ans plus tard) p<.05) (68)

- Impact des caractéristiques sociodémographiques :

Le sexe féminin apparaît dans 7 études comme significativement associé à une exposition plus importante aux ET ainsi qu'avec une plus grande vulnérabilité aux troubles psychiques (24, 57, 60, 64, 65, 67, 71) : Une étude retrouve une association entre le genre féminin et l'angoisse (Coeff 3,83, p= 0,006), la dépression (Coeff 4,27, p=0,04) et le TSPT (Coeff 5,41, p=0,031) (24). Dans une autre étude, les jeunes filles non accompagnées étaient plus exposées aux événements traumatiques (F = 3,94, p=.003).

Un impact significatif de l'âge a été retrouvé dans 5 études : 1 étude retrouvait une plus forte exposition au traumatisme chez les plus âgés (61), dans 2 études l'âge est associé aux TSPT (65, 70) et dans 1 étude l'âge a un effet aggravant sur l'intensité des symptômes de souffrance psychique (âge>16 ans, AOR=1,5 IC95% 1,0-2,2, p<.05). Enfin une étude retrouvait une association entre un âge croissant et une moindre évolution des symptomatologies de TSPT et de dépression (24).

Une étude retrouvait une association entre temps de séjour dans le pays hôte et troubles du comportement (59).

Plusieurs études retrouvaient des associations, parfois faiblement significatives, entre le TSPT et un faible niveau éducatif (éducation<3ans : t=9,7, p<.01)(70), un logement instable (65), la durée de séjour et le type d'hébergement (71).

- Impact des facteurs de stress quotidiens et du niveau de ressources :

Le recueil de ces données était fait par AQ. Dans 3 études (24, 61, 69), un impact significatif des facteurs de stress quotidiens était observé sur les troubles psychiques.

Dans une étude longitudinale (69) le nombre moyen de ces facteurs de stress augmentait sur une durée de 2 ans (T1 = 4,63 vs T3 = 6,46), surtout concernant les expériences de discriminations et d'incertitude quant à l'avenir.

Enfin, l'étude s'intéressait à l'impact des conditions de prise en charge dans les structures d'accueil retrouvait une anxiété plus élevée chez les MNA accueillis dans la structure restrictive en termes de circulation et d'éducation (67).

Partie VI : Discussion

1. Les MNA : une population en souffrance

Notre revue retrouve des indicateurs de grande souffrance psychique chez les MNA. Les prévalences estimées étaient variables mais restaient très importantes pour le TSPT (5 à 65%), la dépression (6 à 43%), les troubles anxieux (20 à 39%) et les troubles du comportement ou « externalizing symptoms » (1,8 à 13%).

Comparativement, une revue de la littérature portant sur 48 études réalisées dans 27 pays entre 1985 et 2012 et portant sur 90 000 mineurs retrouvait des prévalences très inférieures dans la population générale avec 2,6% de dépressions [IC 95% : 1,7%-3,9%] et 6,5% de troubles anxieux [IC 95% : 4,7%-9,1%] (72).

De manière concordante à la revue de Huemer et al. (53), nos résultats montraient que les MNA étaient plus exposés aux troubles mentaux que les natifs (63, 66), et que les mineurs ayant migré avec au moins un de leur parent (25, 27, 65). Ces troubles semblaient peu évolutifs dans le temps, les études longitudinales concluaient à une tendance à la chronicisation mais leurs résultats étaient sujets à caution tant les fluctuations individuelles étaient importantes.

Plusieurs facteurs étaient associés aux troubles mentaux, principalement le nombre d'expériences traumatiques ainsi que les facteurs post-migratoires, nous y reviendrons ultérieurement.

Il est par ailleurs intéressant de noter que les troubles psychotiques, psychosomatiques et les consommations de toxiques ont peu été évalués dans ces études alors que ces problématiques sont fréquentes en clinique (73, 74). Dans notre revue seules 4 études basées sur des évaluations médicales font état de troubles psychotiques avec des prévalences allant de 2 à 4%.

Au Danemark, Norredam et al. a mené une très large sur tous les enfants ayant obtenu un statut de réfugiés dans le pays entre 1993 et 2010 (n=12 700 mineurs dont 1 252 MNA) (75). Les auteurs se sont focalisés sur l'apparition de troubles après la majorité en se basant sur un registre de codage national renseignant tous les diagnostics psychiatriques tels que définis par la CIM-10. La collecte de données dans un tel registre a permis une évaluation beaucoup plus exhaustive de la nature des troubles mentaux chez les MNA.

Dans cette étude, 11,3% des MNA souffraient d'un trouble psychiatrique avec 21,6 ans d'âge moyen au diagnostic. Elle est intéressante par plusieurs aspects et fait écho aux résultats de notre revue :

- L'incidence des troubles psychique est supérieure chez les MNA par rapport aux MA et ce même après avoir franchi le cap de la majorité et avoir passé plusieurs années passées au Danemark. Ils semblent ainsi durablement fragilisés.
- D'autre part, les troubles psychotiques (F20-29) étaient les troubles les plus fréquents après ceux engendrés par un facteur de stress, avant les troubles de l'humeur.

Comment expliquer ce décalage ? Aux vues de la densité des travaux sur psychose et migration en psychiatrie adulte, il paraît surprenant que cette dimension ait été si peu mentionnée et étudiée chez les MNA. Dans notre revue, les auteurs semblent s'être volontairement concentrés sur le psychotraumatisme, ses déterminants et ses conséquences.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cela. Tout d'abord les symptômes psychotiques sont difficiles à évaluer par auto-questionnaires, particulièrement en situation transculturelle. Est-ce que la difficulté de ce diagnostic chez les populations migrantes et tout ce que ça recouvre comme polémique sous-jacente, ont tenu les évaluateurs éloignés de la question brûlante de psychose, migration et risque de « misdiagnoses » ? On peut également se demander si cette question n'a pas été éludée pour ne pas faire de l'ombre à la volonté militante des chercheurs de démontrer l'imputabilité des troubles aux facteurs traumatiques et socio-économiques.

2. Limites des études

a. Utilisation d'auto-questionnaires

Les auto-questionnaires (AQ) sont largement utilisés dans le domaine des sciences humaines et sociales car ils présentent des intérêts évidents. Ils sont plus rapides, moins coûteux et plus faciles à mettre en place que des entretiens de recherche. Ils pourraient également permettre de recueillir des informations difficiles à livrer à un interlocuteur (consommations de toxiques par exemple).

D'un autre côté, les entretiens permettent de récolter davantage de données, de prendre connaissance de manière plus globale de la situation et de croiser les visions subjectives du patient et du chercheur avec les référentiels diagnostics pour tendre vers une meilleure compréhension du problème.

Dans notre revue, les modalités d'évaluation représentaient la principale différence entre les études, 13 sur 19 ont utilisé des AQ et toutes n'utilisaient pas la même valeur seuil de positivité des échelles. De tels outils présentent des limites méthodologiques importantes qu'il nous faut discuter.

Dans le domaine de la psychiatrie, l'analyse du contenu du discours est couplée à l'observation du patient, sa présentation, sa fluence verbale, peut être aussi informative que les symptômes déclarés. Cet aspect est nécessairement manquant avec les AQ et pourrait biaiser les conclusions. De plus, pour répondre correctement aux questions, il faut les comprendre, ce qui représente une limite évidente en termes de capacités intellectuelles et de compréhension de la langue utilisée, particulièrement pour des migrants. Enfin pour qu'un individu soit à même de déclarer précisément ses symptômes il faut qu'il puisse les identifier. Cela sous-entend de bonnes capacités d'insight et de réflexivité, lesquelles peuvent justement être entravées par la pathologie mentale, les parcours de vie carenciels et traumatiques.

En sciences sociales, des recherches ont été menées sur la validité des informations recueillies par AQ (76). Une revue de littérature réalisée par Bernard et al. relevait que les informations collectées étaient probablement pour moitié incorrectes (77). Chez les adolescents, la pertinence de ces outils a été étudiée à plusieurs reprises avec des résultats critiques quant à leur fiabilité. Une étude retrouvait de grandes différences entre les résultats fournis par des AQ remplis en classe au milieu des pairs ou après la sortie de cours, avec une proportion plus importante de réponses inexactes pour ceux remplis en classe (78). Brener et al. retrouvaient chez les adolescents une tendance à sur ou sous-évaluer leurs difficultés et leurs conduites à risque en fonction de leur environnement social (79). Jia et al. relevaient une grande diversité de la validité des réponses dans l'évaluation du harcèlement scolaire et de ses conséquences (80).

Bien que limités, ces outils sont indéniablement utiles chez les MNA. Pour avoir une idée de leur état de santé mentale, il est important de recruter en foyer ou en établissement scolaire afin d'avoir un échantillon représentatif de la « population générale ». Dans ces conditions (foyers/ lycée) les AQ semblent être la modalité d'évaluation la plus pratique car les préoccupations et les déplacements de ces adolescents d'un foyer à l'autre complexifient l'organisation de rencontres formelles.

Au final, dans notre revue, les prévalences estimées avec les AQ étaient importantes et souvent supérieures à celles retrouvées par les évaluations cliniques sur des populations

comparables. Aux vues des limites précédemment abordées, ces outils malgré leur utilité devraient être envisagés avant tout comme des instruments de dépistage, amenant si besoin à des consultations spécialisées.

b. Aspects transculturels

Les modalités d'évaluations telles que nous les avons décrites présentent également un risque d'erreur en lien avec la manière dont la culture d'un patient peut influencer l'expression de sa souffrance. Ces erreurs, « category fallacy » (Kleinman) ou « misdiagnoses » peuvent résulter de l'application à un groupe culturel de critères diagnostics définis au sein d'un autre et non validés sur le plan transculturel (81, 82). Ce risque est principalement décrit pour des symptomatologies d'allure psychotique, mais il peut concerner toute manifestation codée culturellement. En effet, le trouble mental est à l'interface de l'organique, du psychique et de la construction sociale. L'aspect social et culturel a une grande influence sur les représentations qu'un individu construit du normal et du pathologique.

Georges Devereux, pionnier de l'ethnopsychiatrie a posé le concept de complémentarisme, défini comme l'utilisation concomitante mais non simultanée de deux disciplines pour appréhender au mieux la nature d'un trouble psychique dans un contexte transculturel. Historiquement, cette théorie s'appuyait sur un abord psychanalytique et anthropologique.

Dans certaines cultures, on pense que le traumatisme psychique conduit le corps et l'âme à se séparer. L'individu peut se trouver dans un « autre monde » où vivent des créatures dont il peut percevoir la présence ou la voix. Des patients de culture musulmane évoquent ces êtres maléfiques, les « djinns » qui attaquent les hommes et provoquent de graves maladies. Dans certaines sociétés Africaines et du Maghreb, la cause de la souffrance psychique est en effet souvent considérée comme extérieure au sujet, en lien avec de la sorcellerie par exemple. De ce fait, les personnes souffrant de dépression peuvent manifester une grande méfiance voire un véritable sentiment de persécution.

Dans ces exemples, la lecture des symptômes d'apparence délirante ou hallucinatoire, lorsqu'elle est combinée à l'analyse du contexte culturel permet d'appréhender leur signification traumatique ou dépressive (83, 84). De même, certains symptômes tels que la culpabilité dans la dépression, sont très inconstants en dehors du monde occidental.

Selon Radjack et al., la prudence s'impose dans ces situations où une interprétation culturelle et anthropologique est nécessaire pour éviter les « misdiagnoses » (44, 85).

De plus, selon Thierry Baubet, pour appréhender au mieux les problématiques du patient, l'échange entre lui et le clinicien doit pouvoir se faire dans la langue maternelle de chacun (37). La collaboration avec un interprète dans la clinique transculturelle est donc indispensable. Son rôle ne s'arrête pas à la traduction du discours, les codes culturels qu'il partage avec le patient peuvent permettre d'aborder son système de croyances ainsi qu'une meilleure compréhension du sens des symptômes.

Dans la plupart des études que nous avons analysées, ces aspects n'étaient que peu présents dans l'évaluation des MNA. Leur absence représente une limite potentielle quant aux conclusions que nous pourrions tirer.

c. Dimension épistémologique : les MNA, une population ?

Nos conclusions étaient également limitées par l'hétérogénéité des échantillons, les populations étaient très variables d'une étude à l'autre en fonction du pays ou de la période, et toutes composées d'individus très différents (origines, cultures, trajectoires, temps de présence dans le pays hôte, statut de réfugié ou non). Ainsi, nous sommes amenés à questionner la dimension épistémologique de ces travaux. Peut-on parler d'une population de MNA ?

Le dictionnaire Larousse associe à « population » la définition suivante : « *ensemble de personnes, constituant dans un espace donné, une catégorie particulière* » (86).

D'après le linguiste Ferdinand de Saussure, « *le point de vue crée l'objet* » (87). Ce faisant, il soustrait à ce dernier l'existence que pouvait lui attribuer une tradition empirique. L'objet de connaissance n'est pas inscrit tel quel dans le monde ou dans la nature : il ne peut exister indépendamment de la science qui se l'approprie. Autrement dit, une science n'étudie pas un objet existant, mais le construit nécessairement. Il n'y a donc jamais d'observation objective des faits puisque celle-ci est affaire de point de vue : la démarche scientifique part du point d'où le chercheur la mène.

Les premiers travaux français sur les MNA étaient juridiques et sociologiques. Ils ont été menés à la demande du gouvernement. Le phénomène a gagné de l'ampleur jusqu'à devenir un « problème de société », il a alors fallu le nommer pour en faire un objet de recherche. Cela pose des questions à plusieurs niveaux.

Sur le plan scientifique quelle peut être la validité d'études menées sur une population qui n'est définie en tant que telle que pour des motifs juridiques ? Le « problème » posé à la société par l'arrivée de mineurs n'ayant en commun que leur extranéité et leur isolement suffit-il à faire d'eux une population ? Le « problème » qu'ils posent à la société les caractérise t'il davantage que toutes les dimensions de leurs identités ? en somme, qu'étudie t'on quand on étudie des MNA ?

Sur le plan éthique, la singularisation de ce groupe ne pourrait-elle pas leur soustraire leur individualité, leur subjectivité et participer à leurs difficultés ? Considérer ces jeunes migrants comme des « MNA » avant de les considérer comme des enfants et des adolescents en difficulté implique de les définir également par leur extranéité. Cette dimension nécessite certes une attention particulière en raison des enjeux psychiques de la migration, elle fonde l'ethnopsychiatrie dont l'efficacité n'est plus à démontrer, mais aux yeux des institutions soumises aux logiques de régulation de l'immigration, l'étiquette de « MNA » les expose de fait au risque d'exclusion. Nous reviendrons sur cet aspect ultérieurement.

3. Facteurs associés aux troubles mentaux.

Dans notre revue, les résultats les plus saillants étaient l'implication des expériences traumatiques et des facteurs post migratoires. La multiplicité des expériences traumatiques était fortement associée aux TSPT, ainsi qu'aux symptomatologies dépressives et anxieuses (24, 58, 59, 61, 66, 68, 69, 71). Le nombre de ces expériences était dans notre revue le facteur le plus prédictif d'une santé mentale dégradée. Cette forte exposition peut être expliquée par l'origine des jeunes (la majorité des MNA venait de zones de conflits et plus de la moitié étaient Afghans), et par les expériences traversées pendant le trajet migratoire.

Quelques études identifiaient le genre féminin et un âge croissant comme des facteurs de vulnérabilité, principalement parce-que ces caractéristiques semblaient exposer davantage encore les MNA aux expériences traumatiques.

Nous avons longuement évoqué dans la partie théorique les aspects psychopathologiques qui sous-tendent l'impact des expériences traumatiques sur la santé mentale, nous n'y revenons pas davantage. L'association des facteurs post-migratoires avec les troubles psychiques qui a été démontrée par certaines études nous paraît particulièrement important. Ces éléments, qui renvoient pour partie aux conditions d'accueil dans le pays hôte, pourraient médier la persistance des troubles ou l'apparition tardive de symptômes chez certains MNA.

a. Impact des facteurs de stress post-migratoires :

Dans la littérature internationale le terme anglais « daily hassles » que l'on pourrait traduire par « problèmes quotidiens » ou « facteurs de stress quotidiens » correspond aux événements frustrants ou source de détresse dans la vie quotidienne (88). Fazel et Stein (89) ont décrit un ensemble de facteurs ayant un impact délétère pour les migrants après leur arrivée dans un nouveau pays, ils évoquent notamment la préoccupation quant aux demandes d'asile, les difficultés d'intégration et d'apprentissage scolaires, la solitude et les difficultés à recréer des liens avec des pairs, les difficultés financières ainsi que l'inquiétude pour l'avenir et pour les proches restés au pays.

De nombreuses publications éclairent la fréquence et l'importance de ces facteurs. Dans deux études qualitatives menée en Irlande (90) et en Finlande (91), le discours des MNA était centré sur leurs craintes de se voir refuser un statut de réfugié, sur la peur d'être reconduits à la frontière et sur les inquiétudes qu'ils nourrissaient pour leurs familles restées au pays. Les auteurs notaient qu'il était évident que ces jeunes souffraient des répercussions des expériences traumatiques passées mais également de l'incertitude quant à leur avenir.

Plusieurs études réalisées sur des jeunes migrants (accompagnés ou non) révélaient l'impact statistique des facteurs post-migratoire sur le TSPT et les troubles dépressifs (92). Certaines retrouvaient une association entre des difficultés financières ou un défaut de prise en charge sociale et les troubles dépressifs (92, 93). D'autres ont objectivé l'impact de mauvaises conditions d'hébergement, des procédures de demande d'asile (94) et des vécus de discrimination (95) sur les TSPT.

Dans notre revue, le nombre de facteurs de stress post-migratoires augmentait dans le temps (69) et était significativement associé à toutes les dimensions de souffrance psychique (24, 61). Fait intéressant, un temps de séjour croissant était également positivement associé aux troubles du comportement (65).

Ces résultats bien qu'importants sont probablement sous-estimés, car seuls les MNA pris en charge en foyers ou scolarisés ont été évalués ; les jeunes déclarés majeurs ou non demandeurs de protection se retrouvent souvent à la rue.

Joseph Wresinski, fondateur de l'association « Aide à Toute Détresse » définissait en 1987 la précarité comme « ... 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. L'insécurité qui en résulte peut [...] avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (96).

Les résultats de notre revue, bien que sous évalués, révèlent une situation de grande précarité. Les conséquences émotionnelles de cet état et de l'incertitude menaçante face à l'avenir pourraient jouer un rôle cumulatif dans l'apparition et l'entretien des troubles mentaux chez les MNA.

Plusieurs études réalisées en population adulte vont dans ce sens. Une recherche française réalisée par Sophie Fierdepied dans une population adulte précarisée (97) a montré la dimension traumatogène de l'exclusion sociale. Elle génère un vécu de non-sens, une sidération psychique et une répétition de scénarios traumatiques de ruptures et d'abandons. De par ces aspects, la précarité a une influence sur la santé mentale. Anne Laporte et Pierre Chauvin (98) retrouvaient dans leur étude sur la santé mentale des personnes SDF plus de troubles anxio-dépressifs et de troubles de la personnalité que dans la population générale. Pour Schiltz et al. (99) le fonctionnement psychique des sujets précaires s'apparente à un fonctionnement limite du fait de l'impact traumatique de celle-ci. Ces études éclairent l'importance que les facteurs post-migratoires, sources de précarité, peuvent avoir sur les MNA.

Sur le plan psychopathologique, le concept de « subjectivation » permet de penser l'impact de la précarité sur la santé mentale. Le développement psychique d'un enfant puis d'un adolescent résulte de processus maturatifs biologiques et de l'intériorisation de ce qui se joue dans les interactions avec son environnement. Ce dernier aspect permet la subjectivation et l'accès à l'intersubjectivité, tous deux indispensables à la construction d'un sujet capable de se sentir acteur de ce qui se produit en lui et autour de lui. Le terme de subjectivation fait ainsi référence à ce qui permet à un individu de devenir un « sujet », de se vivre distinct d'autrui (en référence aux mécanismes de séparation-individuation). Il se construit dans le registre interpersonnel par des processus d'identification et de reconnaissance par un Autre (100). Les expériences douloureuses de défaillance de l'Autre et les expériences traumatiques peuvent induire un défaut de subjectivation, fragiliser la construction du sujet et favoriser l'émergence de pathologies limites ou psychotiques.

La précarité joue un rôle évident dans la manière dont un sujet peut entrer en lien avec un autre ainsi qu'avec la société. Elle présente de lourdes répercussions narcissiques et identitaires du fait des représentations qui en sont véhiculées. Il y aurait ainsi un risque de « dé-subjectivation » et « d'infra-humanisation » qui selon Sophie Fierdepied serait davantage en lien avec l'indifférence d'autrui qu'avec la stigmatisation. Dans son étude elle met en avant une autre dimension intéressante que l'on retrouve dans le discours des MNA, l'idée d'une « épreuve sans durée » source d'une grande angoisse : *« ce qu'ils vivaient était d'autant plus difficile qu'ils ne savaient ni ce qu'en sera l'épilogue, ni dans combien de temps prendra fin cette situation insupportable. La notion de temps fait référence à leur capacité à tenir, à supporter cet et à pouvoir conserver suffisamment d'énergie pour trouver des issues. »* (97)

A la lumière de ces éléments, on peut penser que le vécu subjectif négatif des MNA de leur situation sociale, des défaillances institutionnelles, du rejet, du soupçon qui est porté sur eux peut les conduire à se sentir et se définir comme différents, exclus voire niés dans leur subjectivité. La précarité qui découle des mauvaises conditions d'accueil et de prise en charge ne peut qu'avoir un impact délétère sur les processus de subjectivation et se surajouter aux conséquences des expériences traumatiques passées.

b. Résilience :

Le concept de résilience est régulièrement mis en avant concernant la situation des MNA. En effet dans certains articles de notre revue, ils déclaraient au moins une expérience traumatique chacun, pour autant pas tous ne souffraient de troubles psychiatriques. Nous avons parlé du traumatisme psychique et des facteurs environnementaux, il nous faut maintenant aborder la question de la résilience, de ses déterminants et de ses liens avec les aspects précédents dans les troubles mentaux des MNA.

Le terme de résilience était historiquement plutôt utilisé dans le domaine de la métallurgie où elle désignait la capacité d'un métal à résister à un choc. Dans le domaine de la psychologie, ce concept a été appliqué à des enfants ou des adultes qui se reconstruisent après des épreuves ou des événements traumatiques. Boris Cyrulnik donne la définition suivante *« la résilience est un processus dynamique donnant à l'individu la capacité de réagir lorsqu'il est confronté à l'adversité, de rebondir, de puiser dans ses ressources internes pour réapprendre à vivre une autre vie après l'évènement traumatique »* (101).

La notion de résilience implique la capacité de résistance et de réorganisation. Il ne s'agit donc pas d'un retour à une situation antérieure, mais de trouver un nouvel équilibre. Pour y parvenir, le sujet doit pouvoir mobiliser certaines ressources internes et externes, intrapsychiques et environnementales. La résilience dépend de la capacité d'une personne à faire face à une situation difficile voire traumatisante et de la possibilité qu'elle a de trouver un soutien dans son environnement. Lorsque les sources de stress excèdent les facteurs de protection de l'individu, même les personnes qui ont fait preuve de résilience antérieurement peuvent être dépassées.

Dans sa thèse concernant les voies de la résilience chez les jeunes réfugiés non accompagnés, Laura Tarafás explore en profondeur les différentes dimensions qui sous-tendent la complexité de ce processus (102). Elle met en avant l'importance du contexte qui permet à un sujet d'être résilient ou non. Elle a notamment réalisé une synthèse des différents facteurs de risque, de vulnérabilité et de protection des adolescents face à la souffrance psychique, chacun de ces facteurs ayant une dimension individuelle, environnementale et relationnelle. De manière non exhaustive nous pouvons citer les facteurs de protection suivants, intéressants à rechercher chez les MNA :

- Facteurs de protection interne : Être une fille avant l'adolescence ou un garçon après l'adolescence, un niveau intellectuel au minimum moyen, une capacité de résolution de problèmes, de planification, d'utilisation de stratégies adaptatives, une estime de soi élevée, une orientation, la possibilité de donner un sens à la vie (foi, religion, idéologie, impression de cohérence), une compréhension de soi, un attachement sécurisé, des compétences relationnelles (empathie, capacité à rechercher de l'aide..)
- Facteurs de protection dans l'environnement externe (au sein de la famille) : des relations émotionnelles stables avec un parent ou un proche, des parents compétents offrant un environnement positif et cadré.
- Facteurs socio-environnementaux : des réseaux de soutien informel par des pairs, des voisins... l'école, quand elle offre un environnement éducatif positif et ouvert et des lieux de rencontre, ou la participation à des activités (religieuses, culturelles, associatives, humanitaires, etc.).

Bien que la connaissance de tels facteurs soit importante, Laura Tarafás met en garde contre leur insuffisance à rendre compte du processus de résilience et du danger qu'il y aurait

à les considérer de manière indépendante et statique, toujours protecteurs quel que soit le contexte.

La plupart des résultats de sa recherche qualitative chez les MNA correspondent à ceux de recherches similaires réalisées au niveau international. Ses travaux identifient la précarité propre au statut de réfugié et la souffrance psychique en lien avec les expériences traumatiques pré et post-migratoires comme des facteurs de vulnérabilité. Concernant les facteurs associés à la résilience, elle souligne l'importance de nouvelles possibilités d'attachement, de l'optimisme, de l'envie de trouver une place et de nouer des liens de qualité, du sport, des projets d'avenir, et enfin de la possibilité de trouver un sens et une consolation dans la religion. Selon elle, le fait que la catégorie la plus saillante soit celle des relations interpersonnelles renvoie au rôle fondamental des interactions sociales dans la résilience comme dans le développement psychique de tout individu.

Dans le domaine de la migration, Cyrulnik (103) explique que les personnes qui sont issues d'un milieu sûr avec une possibilité d'entraide réagiront sans doute mieux aux drames de la migration et des conditions d'accueil que les personnes avec un vécu antérieur de violences et d'instabilités. Il désigne trois facteurs protecteurs pour les MNA : des conditions de voyage sans violences, la mise en place d'un soutien dans le pays d'accueil et la possibilité de mettre en sens les expériences vécues. Il ajoute que les MNA « *ont besoin d'un soutien fort, d'un véritable encadrement et surtout, d'un projet* ». Pour ce faire, les jeunes auront besoin de « *tuteurs de résilience* » qui peuvent être des proches, leur éducateur, leur professeur, leur médecin, leur interprète ou même une activité sportive ou artistique sur lesquels ils vont pouvoir s'appuyer pour tenter de remettre du sens dans le chaos de leurs expériences.

Par ailleurs cette notion de résilience éclaire les motifs d'une souffrance plus marquée chez les MNA par rapport aux mineurs ayant migré avec au moins un de leur parent. Les parents peuvent jouer ce rôle de « tuteur de résilience » et soutenir leurs enfants, même si selon Muller, les jeunes accompagnés peuvent alors être indirectement exposés à la souffrance psychique si leurs proches sont eux-mêmes traumatisés (61).

Cela nous permet également d'appréhender les résultats surprenants quant au rôle de l'âge des MNA. Pour plusieurs auteurs, les MNA les plus jeunes étaient potentiellement plus vulnérables au traumatisme psychique du fait de leur âge développemental. Notre revue retrouve au contraire que les plus âgés semblaient les plus touchés (24, 61, 65, 70). Deux facteurs pourraient expliquer cela, d'une part les plus âgés rapportaient davantage

d'expériences traumatiques, d'autre part certains auteurs faisaient l'hypothèse que les plus jeunes étaient classiquement pris en charge en famille d'accueil et avaient ainsi l'opportunité de renouer des liens d'attachement contrairement à leurs aînés qui résidaient le plus souvent dans des foyers avec peu d'encadrement (68). Cette dernière hypothèse soutient l'idée de la nécessité d'une prise en charge éducative étayante pour favoriser la résilience.

4. Implications :

a. Quelle prise en charge pour les MNA ?

Des différentes problématiques que nous avons abordées précédemment nous pouvons tirer plusieurs implications pratiques. Dans le domaine du soin psychique, les MNA nécessitent une prise en charge précoce et globale afin de dépister entre autres d'éventuels troubles psychiatriques caractérisés ou leurs symptômes prodromiques.

La capacité de créer des ponts entre les deux cultures favorise l'intégration et le fonctionnement psychosocial des jeunes migrants, l'intérêt que les professionnels de santé portent au monde d'origine peut donc permettre aux MNA de garder le lien avec leur culture et de se subjectiver autrement que comme de simples « migrants » précaires et indifférenciés. De même, l'ouverture du soignant à des problèmes qui ne sont pas toujours perçus comme médicaux, tels que les problèmes socio-économiques, permet au jeune d'exprimer ses préoccupations, de repérer et de renforcer ses ressources.

Dans un contexte de trouble déclaré, l'attention du clinicien doit pouvoir se porter sur les multiples dimensions en jeu dans les troubles et leurs intrications : les phénomènes adolescents, les conséquences d'expériences traumatiques, leur impact sur les processus de subjectivation, la mise en jeu de capacité de résilience et les aspects transculturels.

Radjack et al. dans « *un destin commun et assumé : bien accueillir les mineurs isolés étrangers* » exposent les conclusions de leurs travaux quant à ce qui permettrait un accueil optimal. Ils écrivent l'importance d'un espace thérapeutique différencié avec une approche complémentariste associant l'anthropologie et la psychologie en collaboration avec un interprète. Ce dispositif permettrait l'émergence du discours du jeune et l'élaboration d'un récit « *échappant aux représentations préconçues liées à leur statut* ». Il pourrait ainsi remettre du sens et retrouver un sentiment de continuité de son existence (104).

La situation de beaucoup de MNA à leur arrivée a des conséquences d'autant plus dramatiques que ces jeunes ont particulièrement besoin de s'établir dans un lieu sûr où ils

pourraient recréer des liens de confiance. Cet espace de lieu et de temps est impératif à l'élaboration psychique, à la mise en récit des épreuves passées et à la découverte d'un monde nouveau. Le rôle des acteurs sociaux de protection de l'enfance est ici évident mais leur action est soumise aux prérogatives de l'état.

b. Les tensions cristallisées par les MNA, symptôme d'une société souffrant de ses défaillances sociales ?

De notre étude de la littérature sur les troubles mentaux des MNA se dégagent deux constats. Le traumatisme est le principal vecteur de souffrance psychique et les expériences traumatiques « consensuelles » ainsi que les effets traumatogènes effractants de leurs conditions de vie en sont les déterminants les plus saillants.

Ce dernier aspect nous interpelle particulièrement sur l'étiopathogénie des troubles et fait évoluer l'imputabilité d'une psychopathologie à des expériences péri-migratoires vers une détresse entretenue par les politiques de santé publique et d'accueil des migrants.

Plusieurs sociologues alertent sur cette question et portent la réflexion à un niveau politique. Selon Didier Fassin « *un nouveau lexique s'est imposé en France dans les politiques sociales : les problèmes liés aux inégalités ont été rapportés à l'exclusion, les conséquences sur les individus ont été interprétées en termes de souffrance, des solutions ont été proposées autour de lieux d'écoute.* » (105). Il met également en garde contre les risques d'une « sémantique compassionnelle » et ses travaux nous amènent à questionner sur notre implication en tant que médecin dans ces situations.

Sur le plan contre transférentiel, les atrocités qu'ont traversées les MNA, l'arrachement de l'exil et leur quotidien insupportable ne laissent pas les cliniciens indifférents. Laure Wolmark, psychologue clinicienne au Comede rapporte les émotions qu'ils l'ont traversée face à une patiente demandeuse d'asile dont la requête avait été rejetée « *Ces séances ont provoqué de mon côté des mouvements de colère et d'incrédulité à l'égard de la France et des institutions, qui nous abandonnent, cette patiente et moi-même, au milieu d'interminables routes gelées, condamnées à l'impuissance et à l'errance* ». Elle illustre là le risque d'être pris dans un « partage de l'exil » et d'un « partage du traumatisme » tel que Christian Lachal l'a décrit (106).

Pour les acteurs du soin, accueillir le discours de personnes meurtries, exilées et précaires peut faire vaciller les repères cliniques, déborder la pensée et engendrer un vécu d'impuissance

voire de désespérance. Ce sentiment est en lien avec l'impossibilité d'agir sur les causes exogènes actuelles de la souffrance psychique des patients.

Pour Laume Wolmark les soignants courent alors le risque « *d'incarner les lieux de l'exil. Les thérapeutes, les médecins, les infirmiers peuvent faire corps avec le lieu (de reconstruction), « prendre sur eux » le besoin d'inscription psychique des exilés. En écoutant, soignant, attestant, ils portent en effet en eux des traces de l'histoire des patients, et en sont transformés* ». (107)

Le plaidoyer et l'engagement pour le droit des étrangers des institutions associatives et publiques témoigne de la puissance de ces aspects contre-transférentiels, d'une lutte contre une saturation émotionnelle insupportable, d'un vécu d'impuissance et de la nécessité de « *déplacer sur le politique la question de l'inscription réelle et symbolique* » (Wolmark). Le militantisme qui se dégage des études que nous avons retenues pour notre revue ainsi que de notre travail en témoigne aussi certainement.

Mais l'identification de la personne du soignant au migrant, si elle reste impensée, est porteuse de dangers à plusieurs niveaux.

Selon Estelle d'Halluin (108), les conceptions du droit d'asile et du réfugié se sont progressivement transformées avec la massification du nombre d'arrivants, la mobilisation d'acteurs associatifs dénonçant les obstacles à l'accès aux droits et militant pour la mise en place de dispositifs propres à certains groupes. La notion de « vulnérabilité » est apparue dans le droit de l'asile. Elle conduit en conséquence « *à distinguer, à différencier, pour apporter une réponse spécifique, adaptée à une personne qualifiée de vulnérable* ». (109)

L'identification des populations cibles dites vulnérables incombe aux experts chargés d'identifier l'appartenance d'un individu à une catégorie d'ayants-droit « vulnérables ». De ce fait, la nécessaire implication des médecins en tant que soignants mais également en tant qu'experts risque d'aboutir à une opération de classement aux conséquences potentiellement perverses. Peut-on hiérarchiser la souffrance ? De telles approches ne risquent-elles pas de réduire les personnes enquêtées à des paramètres fragmentaires de leur identité ? Qu'advient-il de ces catégories une fois définies ? ne risque-t-on pas de les figer dans une identité caractérisée par la souffrance et la différence ?

Estelle d'Halluin nous met également en garde contre les potentielles conséquences politiques de cette approche catégorielle : « *Si les représentants de la main gauche de l'État semblent prêter une attention plus soutenue aux besoins spécifiques de populations* »

vulnérables » dans un souci accru d'effectivité du droit, ce n'est pas sans risque de voir ceux de la main droite de l'État s'en saisir à des fins de sélection et de contrôle. C'est bien cette logique qui semble prévaloir dans un contexte où les réfugiés sont soupçonnés de détournement de procédure et où les dispositifs d'accueil sont durablement marqués en Europe par la sous-dotation des structures d'hébergement, de santé ou de conseil juridique. » (108)

Enfin, la singularisation de ces individus comme « vulnérables parce que migrants » ne pourrait-elle pas induire un glissement de responsabilité ? Elle risque de placer l'action uniquement dans le champ du soin et de l'accompagnement associatif et de faire écran aux questions de société et de politique qui devraient être abordées. Didier Fassin écrit à ce sujet « *Ce traitement compassionnel de la question sociale rend certes plus supportable une intolérable inégalité, mais c'est pour mieux l'occulter.* » (110)

Au-delà des aspects économiques, politiques et idéologiques, pour Didier Fassin « *la présence de l'étranger ne saurait se réduire à la perception d'une altérité, elle implique un questionnement sur la cité... Au fond, la rencontre avec l'Autre nous oblige à penser ce que nous sommes* » (111).

Cette citation semble faire écho à la célèbre phrase de Sartre « *l'enfer c'est les autres* » qui illustre le drame intérieur d'une conscience qui se découvre dans le regard d'autrui.

Alors peut être pouvons-nous faire l'hypothèse que la société résiste et se défend face à la crainte de remises en question provoquées par ce qu'un regard extérieur viendrait révéler de ses fragilités profondes ? Selon cette hypothèse, elle placerait l'objet de la crainte hors d'elle, le maintenant dans un statut d'étranger et serait tentée de le rejeter. Elle délèguerait alors aux soignants les lourdes tâches de la protéger et de s'acquitter d'une souffrance en lien avec ses défaillances ?

Les différents travaux que nous avons exposés questionnent ainsi la pertinence de la « psychologisation des rapports sociaux » (Robert Castel) et impliquent une difficile négociation entre des positionnements théoriques et institutionnels. Ils nous questionnent en tant que psychiatres sur notre rôle de soignant, et sur les dangers inhérents aux positions d'experts et de témoins que nous sommes parfois amenés à incarner. Ils nous amènent à penser notre place dans la société.

A notre sens, il s'agit d'une nécessaire invitation à penser ensemble, avec ses hésitations, les missions de notre profession. Il ne doit pour autant pas nous éloigner de notre mission première, celle du soin. Car ce relativisme théorique peut être bien difficile à assumer face à des patients dont la souffrance, quelle qu'en soit la cause, nécessite d'être prise en charge.

Partie VII : Conclusion

Les études retenues pour cette revue systématique de littérature sont concordantes quant à la très grande vulnérabilité des MNA en termes de troubles mentaux et particulièrement de TSPT. Elles mettent également en lumière le rôle majeur des facteurs post-migratoires dans ces tableaux cliniques. Mais l'approche épidémiologique de cette question présente des limites. Il s'agit d'une approche quantitative, l'épidémiologie s'intéresse à un groupe d'individu et non à l'individu, la dimension singulière de chacune des histoires ne peut donc pas être abordée. Or, les MNA constituent un groupe très hétérogène du point de vue des trajectoires, des langues, de la culture. L'incidence et les intrications que nous avons abordés dans ce travail entre psychotraumatisme, deuil, migration, facteurs post migratoires et adolescence configurent une situation de danger.

Ces études épidémiologiques présentaient avant tout un intérêt en santé publique et avaient pour but de répondre aux questions suivantes : quelle est la situation actuelle en santé mentale dans la population de MNA en Europe ? Quels en sont les déterminants ? Quels sont les besoins de soins ?

La situation est critique, cette revue le montre en ce qui concerne les troubles mentaux, mais la dimension psychique ne peut être abordée de manière isolée tant elle est étroitement liée avec des problématiques sociales et politiques de gestion de l'immigration et de protection de l'enfance. Les déterminants des troubles mentaux sont multiples, certains sont antérieurs à l'arrivée des jeunes tandis que d'autres sont en lien avec leurs conditions de vie et de prise en charge par les institutions dans le pays hôte. Les besoins de soins sont majeurs mais en France comme en Europe, de nombreuses ONG et associations alertent sur le défaut de protection des institutions et la dégradation des conditions de prise en charge.

Dans ce contexte, une réflexion urgente et globale serait nécessaire pour penser et soulager la souffrance de ces mineurs non accompagnés en exil.

Bibliographie

1. Parlement-Européen. Asile et migration en Europe : faits et chiffres [Available from: <http://www.europarl.europa.eu/news/fr/headlines/society/20170629STO78630/asile-et-migration-en-europe-faits-et-chiffres>]2019.
2. Urvoas JJ, Garde des Sceaux, ministre de la Justice. Communiqué de presse du 7 mars 2016 sur le comité de suivi des mineurs non accompagnés. [available from : www.presse.justice.gouv.fr] 2016.
3. Duvivier E. Quand ils sont devenus visibles... Essai de mise en perspective des logiques de construction de la catégorie de « mineur étranger isolé ». *pensée plurielle* 2009;21:65-79.
4. DPJJ. Rapport annuel d'activité 2018 - Mission Mineurs Non Accompagnés. [available from : www.justice.gouv.fr]; 2019.
5. Etiemble A, Zanna O. Actualiser et complexifier la typologie des motifs de départ du pays d'origine des mineurs isolés étrangers présents en France Mission de Recherche Droit et Justice, Synthèse de Juin 2013. [available from : www.infomie.net] 2013.
6. Duvivier. E. Entre protection et surveillance : parcours et logiques de mobilité de jeunes migrants isolés. HAL: Thèse de doctorat en sociologie: Université de Lille 1; 2012.
7. Przybyl S. Territoires de la migration, territoires de la protection. Parcours et expériences des mineurs isolés étrangers accueillis en France. HAL: Thèse de doctorat en Géographie : Université de Poitiers; 2016.
8. Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Mineurs non accompagnés : quels besoins et quelles réponses ? [available from : www.justice.gouv.fr]2017.
9. UNICEF. Les droits de l'enfant et leur « convention internationale » [unicef.fr](http://www.unicef.fr) [available from : www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant] [updated 28.08.2019].
10. UNICEF. Fichage des MNA : 10 organisations appellent le gouvernement à renoncer à son projet de décret. [available from : www.unicef.fr];2019 [updated 28.08.2019].
11. Médecins Du Monde. Tests osseux, le combat continue[available from : www.médecinsdumonde.org];2019
12. IGA, IGAS, IGJ, ADF. Mission bi partite de réflexion sur les mineurs non accompagnés. Rapport officiel final. [available from: www.justice.gouv.fr];2018.
13. Eurostat. Demandeurs d'asile considérés comme mineurs non accompagnés - données annuelles 2018. Communiqué de presse du 26 avril 2019. [available from :

<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9751535/3-26042019-BP-FR.pdf/8698e770-401b-4031-bfd1-00287bd35aa3>];2019.

14. Ministère de la Justice. FAQ: Mineurs non accompagnés [available from: www.justice.gouv.fr/art_pix/FAQ_mineurs_isoles.PDF] [updated: 02.07.2019]
15. Médecins Sans Frontières. Mineurs isolés étrangers : la Croix-Rouge doit respecter ses propres principes 2019 [available from : www.msf.fr]; 2019
16. Human-Rights-Watch. « C'est la loterie » Traitement arbitraire des enfants migrants non accompagnés à Paris. [Available from: <https://www.hrw.org/fr/report/2018/07/04/cest-la-loterie/traitement-arbitraire-des-enfants-migrants-non-accompagnes-paris>.]2018.
17. Pascual J. Mineur isolé étranger : la France condamnée par la CEDH pour « traitement dégradant ». [available from : www.lemonde.fr]2019
18. Ministère de la Justice. Décret n° 2019-57 du 30 janvier 2019 relatif aux modalités d'évaluation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à ces personnes [available from : legifrance.gouv] ;2019
19. Bienvenu M. « migrants, mort de deux mineurs mal accompagnés » [available from: [libération.fr](http://liberation.fr)];2019 [édition du 09/07/2019].
20. Nguema NE. La protection des mineurs migrants non accompagnés en Europe. La revue des droits de l'homme. 2015;7.
21. Smolak D. Interprétations psychanalytiques du traumatisme : une synthèse théorico-clinique. Revue québécoise de psychologie. 2017;38(3).
22. Roussillon R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. La santé mentale en actes.2005:221-38.
23. Chahraoui K. Psychopathologie clinique des syndromes psychotraumatiques. 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme.2014.Paris, Dunod:3-30.
24. Jensen TK, Skar AS, Andersson ES, Birkeland MS. Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019.
25. Michelson D, Sclare I. Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. Clin Child Psychol Psychiatry. 2009;14(2):273-96.

26. Stavrou PD. Trauma et mineurs non accompagnés: une approche clinique et psychodynamique. Les cahiers dynamiques 2019;74:101 - 9.
27. Derluyn I, Broekaert E. Unaccompanied refugee children and adolescents: the glaring contrast between a legal and a psychological perspective. Int J Law Psychiatry. 2008;31(4):319-30.
28. Rudy H. Trauma complexe et processus de reconstruction d'un jeune bacha bazi afghan. Revue de l'enfance et de l'adolescence. 2017;96:69-79.
29. Baubet T. Effroi et métamorphose: psychothérapie transculturelle des névroses traumatiques en situation d'impasse thérapeutique. Thèse de doctorat en psychologie. Université Paris 13; 2008.
30. Herman JL. Complex PTSD : a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress. 1992;5:377-91.
31. Roth SN, Pelcovitz D, Van der Kolk B, Mandel F.S. « Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for PTSD ». Journal of Traumatic Stress 1997;10:539-49.
32. Auxéméry Y. L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. Info Psy. 2013;89(8):641-9.
33. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. 2eme édition: Dunod; 2005.
34. Petot D. Chapitre 6: La névrose traumatique et les états de choc psychotraumatiques. L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant. Paris, Dunod.2014:155-184.
35. Auxéméry Y. Formes cliniques des dépressions post-traumatiques. L'encéphale. 2014;41(4):346-54.
36. Auxéméry Y. Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. La revue de médecine interne. 2012;33:703-8.
37. Baubet T. Moro MR. Psychopathologie transculturelle. 2013.
38. Woestelandt L. MM. l'incertitude menaçante qui pèse sur les mineurs isolés étrangers: conséquences psychologiques L'Autre. 2016;17:35-43.
39. Nathan T. La fonction psychique du trauma. Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie. 1987.
40. Anzieu D. Le moi-peau. Dunod, editor1985.
41. Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale. Gallimard, editor1977.

42. Barrois C. le trauma, un symptôme de la culture de notre époque. revue francophone du stress et du trauma. 2010;10:199 - 205.
43. Corcos M, Balsan G. PHILIPPE JEAMMET, « Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. Revue Française de Psychanalyse. 2013:481-521.
44. Radjack R, Baubet T, El Hage W, Taieb O, Moro MR. Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? Anales Médico-Psychologiques 2012;170:591 - 5.
45. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Validation of the multiple language versions of the Hopkins Symptom Checklist-37 for refugee adolescents. Adolescence. 2007;42(165):51-71.
46. Wu P, Hoven CW, Bird HR, Moore RE, Cohen P, Alegria M, et al. Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(9):1081-90; discussion 90-2.
47. Allwood MA, Bell-Dolan D, Husain SA. Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(4):450-7.
48. Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M, Karakashian M, Manjikian R, Manoukian G, et al. Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. Br J Psychiatry. 1993;163:239-47.
49. Deykin EY, Buka SL. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. Am J Psychiatry. 1997;154(6):752-7.
50. Wozniak J, Crawford MH, Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Taylor A, et al. Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: findings from a longitudinal study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(1):48-55.
51. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Validation of the multiple language versions of the Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire. J Trauma Stress. 2006;19(2):241-55.
52. Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, et al. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018.
53. Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, et al. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2009;3(1):13.

54. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):1006-12.
55. Kloning T, Nowotny T, Alberer M, Hoelscher M, Hoffmann A, Froeschl G. Morbidity profile and sociodemographic characteristics of unaccompanied refugee minors seen by paediatric practices between October 2014 and February 2016 in Bavaria, Germany. *BMC Public Health*. 2018;18(1):983.
56. Monpierre O, Baudino P, Rio-Rene P, Maurice S, Malvy D, Receveur MC. [Global health of unaccompanied refugee minors in Gironde (France) between 2011 and 2013]. *Bull Soc Pathol Exot*. 2016;109(2):99-106.
57. Marquardt L, Kramer A, Fischer F, Pruffer-Kramer L. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Trop Med Int Health*. 2016;21(2):210-8.
58. Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol*. 2014;55(1):33-7.
59. Bronstein I, Montgomery P, Ott E. Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: results from a large-scale cross-sectional study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(5):285-94.
60. Huemer J, Karnik N, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Plattner B, Friedrich M, et al. Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42(3):307-19.
61. Muller LRF, Buter KP, Rosner R, Unterhitzberger J. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2019;13:8.
62. Verroken S, Schotte C, Derluyn I, Baetens I. Starting from scratch: prevalence, methods, and functions of non-suicidal self-injury among refugee minors in Belgium. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2018;12:51.
63. Ramel B, Taljemark J, Lindgren A, Johansson BA. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *Springerplus*. 2015;4:131.
64. Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health*. 2009;44(3):291-7.
65. Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunniff A. Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(7):723-32.

66. Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P. Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Adm Policy Ment Health*. 2006;33(3):342-55.
67. Reijneveld SA, de Boer JB, Bean T, Korfker DG. Unaccompanied adolescents seeking asylum: poorer mental health under a restrictive reception. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(11):759-61.
68. Jensen TK, Skardalsmo EM, Fjermestad KW. Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2014;8:29.
69. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(5):337-46.
70. Smid GE, Lensvelt-Mulders GJ, Knipscheer JW, Gersons BP, Kleber RJ. Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011;40(5):742-55.
71. Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Soc Sci Med*. 2007;64(6):1204-15.
72. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-65.
73. Belien-Pallet V, Minassian S, Lefebvre P, Baubet T. Mettre des mots sur les maux. La consultations de médecine de l'adolescent pour les mineurs non accompagnés : entre besoins de sané réels et difficultés de suivi. *Revue de l'enfance et de l'adolescence* 2017;96:109-21.
74. Bouche-Florin L. L'addiction chez les mineurs non accompagnés : comment passer du produit au récit. *Psychotropes* 2019;25:25-45.
75. Norredam M, Nellums L, Nielsen RS, Byberg S, Petersen JH. Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark: a nation-wide register-based cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(4):439-46.
76. Xitao Fan BCM, Kyung-eun Park, Bryan W Winward, Mathew Christensen, Harold D Grotevant, Robert H TAI. An Exploratory Study about Inaccuracy and Invalidity in Adolescent Self-Report Surveys. *Field Methods*. 2006;18, No. 3:223-44.
77. Bernard HR, P. Killworth, D. Kronenfeld, L. Sailor. The problem of informant accuracy: The validity of retrospective data. . *Annual Review of Anthropology*. 1984;13:495-517.

78. Spirrison CL, C. C. Gordy, T. B. Henley. After-class versus in-class data collection: Validity issues. *Journal of Psychology*. 1996;130, n°6:635-44.
79. Brener ND, Billy JO, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health*. 2003;33(6):436-57.
80. Jia Y, Konold TR, Cornell D, Huang F. The Impact of Validity Screening on Associations Between Self-Reports of Bullying Victimization and Student Outcomes. *Educ Psychol Meas*. 2018;78(1):80-102.
81. Kleinman AM. Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc Sci Med*. 1977;11(1):3-10.
82. Kleinman A. *The illness narratives : suffering, healing and the human condition*. books b, editor1988.
83. Jenkins JH. Diagnostic criteria for schizophrenia and related psychotic disorders : integration and suppression of cultural evidence in DSM-IV. *Sage*. 1998;35:357 - 76.
84. Zouari N, Aloulou J, Siala M, Ben Mahmoud S, Zouari L, Maalej M. [Cultural aspects in depression masked by psychotic symptoms in Maghreb countries: three case reports]. *Encephale*. 2010;36(6):504-9.
85. Maury C, Moro MR. Clinique du psychotraumatisme et erreur diagnostique en situation transculturelle. *Annales médico-psychologiques*. 2016;4:266-73.
86. Larousse D. Langue française, population [updated 02.09.2019]. [Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/population/62618>].
87. De-Saussure F. *Cours de linguistique générale*. Payot; 1916.
88. Kanner AD, Coyne JC, Schaefer C, Lazarus RS. Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *J Behav Med*. 1981;4(1):1-39.
89. Fazel M, Stein A. The mental health of refugee children. *Arch Dis Child*. 2002;87(5):366-70.
90. Ní Raghallaigh M, & Gilligan, R. Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child & Family Social Work*. 2010;15:226-37.
91. Sourander A. Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse Negl*. 1998;22(7):719-27.

92. Heptinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(6):373-80.
93. Oppedal B, Idsoe T. The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scand J Psychol*. 2015;56(2):203-11.
94. Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Wentzel-Larsen T, Heir T. The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*. 2017;7(6):e015157.
95. Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(2):184-93.
96. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale 1987 [updated on 02.09.2019]. [Available from: <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>].
97. Fierdepied S, Taïeb O, Moro MR, Baubet T. Aspect traumatogène de l'exclusion sociale, une analyse ethnopsychanalytique. *Annales médico-psychologiques*. 2012;170, 5:338-41.
98. Laporte A, Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2010 [updated 28.08.2019. Available from: <http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/05LETTRE.pdf>].
99. Schiltz L, Martiny C. Précarité sociale, marginalisation et pathologie limite : étude comparative de plusieurs groupes de sujets en rupture de projet de vie. 2007;L'évolution psychiatrique(72, 3):453-67.
100. Golse B. De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation). *Le Carnet Psy*. 2006;5(109):25-9.
101. Anaut M. Le concept de résilience et ses applications cliniques Recherche en soins infirmiers. 2005(82):4-11.
102. Tarafás L. Devenir adulte au « Magyarisztán ». Jeunes réfugiés non accompagnés en transition : traces de vulnérabilité, voies de résilience: Thèse de doctorat en Psychologie. Paris 13; 2017.
103. Cyrulnik B. Résilience, entretien avec Boris Cyrulnik. asile.ch: Revue Vivre Ensemble 2017 [Available from: <https://asile.ch/2017/04/24/resilience-entretien-boris-cyruulnik/>].
104. Radjack R, Minassian S, et al. « Un destin commun et assumé : bien accueillir les mineurs isolés étrangers ». *Laennec*. 2017;65(3):42-55.

105. Fassin D. Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. *Politix*. 2006;73:137-57.
106. Lachal C. Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés. *Le Journal des psychologues*. 2007;253:50-4.
107. Wolmark L. « Les lieux de l'exil. Subjectivités dans l'espace thérapeutique ». *Journal des anthropologues*. 2018;5 (hors série):201-16.
108. d'Halluin E. Le nouveau paradigme des « populations vulnérables » dans les politiques européennes d'asile. *Savoir/Agir* 2016;36:21-6.
109. Pétin J. vulnérabilité et droit européen de l'asile : quelques précisions nécessaires. CNRS2015 [Available from: <http://www.gdr-elsj.eu/2015/04/18/asile/vulnerabilite-et-droit-europeen-de-lasile-quelques-precisions-necessaires/>.]2015
110. Lézé S. Didier Fassin, Des maux indicibles. *Sociologie des lieux d'écoute L'Homme* 2006;9:177-8.
111. Fassin D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes et Migrations*,. 2000;1225(Santé, le traitement de la différence.):5-12.