



HAL
open science

**Réflexion autour des soins en Centre
Médico-Psychologique des Mineurs Non Accompagnés :
étude qualitative auprès des professionnels des
dispositifs éducatifs d'accueil et des Centres
Médico-Psychologiques de Loire-Atlantique**

Inès Lebreton

► **To cite this version:**

Inès Lebreton. Réflexion autour des soins en Centre Médico-Psychologique des Mineurs Non Accompagnés : étude qualitative auprès des professionnels des dispositifs éducatifs d'accueil et des Centres Médico-Psychologiques de Loire-Atlantique. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03859843

HAL Id: dumas-03859843

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03859843v1>

Submitted on 18 Nov 2022

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2022

N°

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE PSYCHIATRIE

par

Inès LEBRETON

Née le 22 novembre 1994 à Nancy

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2022

Réflexion autour des soins en Centre Médico-Psychologique des Mineurs Non
Accompagnés : étude qualitative auprès des professionnels des dispositifs éducatifs
d'accueil et des Centres Médico-Psychologiques de Loire-Atlantique

Président : Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Directeur de thèse : Docteur Sylvain BISLEAU

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Olivier BONNOT

Président du jury

Mr le Docteur Sylvain BISLEAU

Directeur de thèse

Mme le Professeur Anne SAUVAGET

Membre du jury

Mme le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Membre du jury

Mme le Docteur Agnès MUET

Membre du jury

*« Je ne suis pas demandeur d'asile
Ni sans papier
Ni sans carte d'identité de ma langue
Ô je suis cet enfant qui a marché saison après saison
à la recherche d'un refuge.*

*Je ne suis pas Migrant
Je suis une lueur de colombe
Une flamme de liberté
Une ténacité d'acier
Un rêve en marche*

*Ô je ne suis pas Migrant !
Je suis un homme libre
Le monde est mon pays
La terre est ma demeure. »*

Extrait du poème « JE NE SUIS PAS MIGRANT »

De Falmarès

Nantes, le 2 septembre 2021

Remerciements

Table des matières

Liste des abréviations, sigles et acronymes	9
Résumé	11
Introduction	12
I. Mineurs Non Accompagnés : définitions et contexte actuel	13
A. Définition	13
B. Données statistiques	13
C. Un terme générique pour des individus aux profils et aux parcours singuliers	14
D. Enjeux administratifs et judiciaires	16
1. <u>Evaluation de la minorité et de l'isolement</u>	16
2. <u>Reconnaissance de la qualité judiciaire de MNA</u>	17
3. <u>Rejet de la demande de reconnaissance de la qualité judiciaire de MNA</u>	17
4. <u>Passage à la majorité</u>	17
<i>a. Enjeux administratifs</i>	17
<i>b. Contrat Jeune Majeur</i>	18
E. En pratique en Loire-Atlantique	18
II. Vulnérabilité d'une adolescence en exil	19
A. État de vulnérabilité	19
B. Adolescence en exil : ruptures et construction identitaire	19
1. <u>Impulsivité et mises en danger adolescentes</u>	19
2. <u>Construction identitaire à l'épreuve de l'exil</u>	20
3. <u>Filiation et affiliation</u>	21
4. <u>Altération des représentations de l'adulte</u>	21
III. Troubles psychiques chez les Mineurs Non Accompagnés	22
A. Contexte particulier du MNA : adolescent et migrant	22
1. <u>Troubles psychiques chez le migrant : pathologies de la migration?</u>	22
2. <u>La souffrance adolescente</u>	22
3. <u>A l'arrivée dans le pays d'accueil : désillusion et paradoxe de l'accueil</u>	23
4. <u>L'arrêt du mouvement</u>	23
B. Les MNA, une population à risque de pathologies psychiatriques	23
C. Dimension psychotraumatique	24
D. Dimension culturelle	27
1. <u>Culture, enculturation et acculturation</u>	27

2.	<u>Culture et symptômes psychotiques ou d'allure psychotique</u>	27
3.	<u>Culture et somatisation</u>	29
E.	Problématique addictologique	30
IV.	La prise en charge des MNA en Centre Médico-Psychologique	31
A.	Les Centres Médico-Psychologiques	31
B.	Contexte de l'étude	31
C.	Matériel et méthodes	32
1.	<u>Choix d'entretien individuel</u>	32
2.	<u>Echantillon et critères d'inclusion</u>	33
3.	<u>Guides d'entretiens semi-dirigés et entretiens individuels</u>	33
4.	<u>Phases de collecte et d'analyse du contenu des séances</u>	34
D.	Résultats	34
1.	<u>Un public qui questionne</u>	34
2.	<u>La demande de soins en CMP</u>	35
3.	<u>Une alliance fragile aux soins</u>	36
4.	<u>La question de la langue</u>	38
5.	<u>L'influence des différences culturelles dans le soin</u>	39
6.	<u>Les réflexions autour des troubles psychiques</u>	39
7.	<u>L'instabilité</u>	41
8.	<u>Les professionnels de CMP dans la relation soignant-soigné</u>	42
9.	<u>L'importance du travail en réseau</u>	42
10.	<u>Les limites du CMP</u>	44
11.	<u>Les pistes d'amélioration suggérées par les professionnels</u>	45
E.	Discussion	46
1.	<u>Un public entre plusieurs frontières</u>	47
2.	<u>Langue maternelle et interprétariat</u>	48
3.	<u>La place de la culture dans les soins et la relation soignant-soigné</u>	50
4.	<u>Réflexions autour des troubles psychiques</u>	53
5.	<u>L'instabilité, la colère et leurs incidences sur le jeune et les soins</u>	54
6.	<u>Faiblesse de la demande et fragilité de l'alliance</u>	55
7.	<u>Le travail en réseau</u>	56
8.	<u>Ce qui existe ici et ce qui existe ailleurs</u>	57
	Conclusion	61

Annexes	62
• Annexe 1	62
<i>Illustration clinique</i>	
• Annexe 2	67
<i>Les 3 formats des guides d'entretiens semi-dirigés</i>	
• Annexe 3	68
<i>Quelques citations issues des entretiens individuels</i>	
• Annexe 4	74
<i>3 modalités de travail avec un interprète selon Westermeyer (1989, 1990)</i>	
• Annexe 5	75
<i>Livret à destination des soignants de Loire-Atlantique - « Prendre en charge des Mineurs Non Accompagnés en psychiatrie et pédopsychiatrie »</i>	
• Annexe 6	93
<i>Livret à destination des travailleurs sociaux accompagnant des MNA en Loire-Atlantique - « Prise en charge en psychiatrie et pédopsychiatrie des Mineurs Non Accompagnés »</i>	
Bibliographie	113

Liste des abréviations, sigles et acronymes

ADF	Assemblée des Départements de France
AEMINA	Service d'évaluation de la minorité et de la situation d'isolement des MNA
Anesm	Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APU	Accueil Provisoire d'Urgence
ARS	Agence Régionale de la Santé
ASAMLA	Association Santé Migrants Loire-Atlantique
ASBL	Association Saint Benoît Labre
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
CIM	Classification Internationale des Maladies
CJM	Contrat Jeune Majeur
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance-Maladie
CRP(T)	Centre Régional du Psychotraumatisme
CSI	Chambre de Soins Intensifs
DPJJ	Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)
EPM	Établissement Pénitentiaire pour Mineurs
ESPT	État de stress post-traumatique
ISM	Inter Service Migrants
MMNA	Mission Mineurs Non Accompagnés
MNA	Mineurs Non Accompagnés
MIE	Mineurs Isolés Étrangers
NATMIE	Nouvel Accueil Thérapeutique des Mineurs Isolés Étrangers
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OQTF	Obligation à quitter le territoire français
PTSD	Post-traumatic stress disorder (état de stress post-traumatique)

PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique (état de stress post-traumatique)
TEH	Traite des Êtres Humains
UMP	Urgences Médico-Psychologiques

Résumé

Les Mineurs Non Accompagnés (MNA), aussi nommés Mineurs Isolés Étrangers (MIE), sont des mineurs arrivés sur le territoire français sans représentant légal. Après la reconnaissance de leur minorité et leur isolement, ils sont pris en charge par le département. Mêlant protection de l'enfance et migration, ce public est un sujet complexe de la politique publique. Comme le garantit la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), tout enfant a droit à la santé. Or, ces jeunes et leurs travailleurs sociaux font face à des difficultés d'accès aux soins. Les soins psychiques n'en sont pas exclus, et notamment les Centres Médico-Psychologiques (CMP), figures centrales des soins ambulatoires en santé mentale dans le secteur public.

Notre étude constitue une ébauche de réflexion autour des soins en CMP des MNA. Pour cela, nous avons choisi de donner la parole aux professionnels des CMP et des dispositifs éducatifs accompagnant les jeunes en Loire-Atlantique.

La rencontre avec les professionnels des CMP est décrite comme un espace où se vivent les représentations de la maladie et des soins psychiques, les incompréhensions des codes sociaux et du système de soins français, et les liens d'attachement des jeunes. La continuité des soins est régulièrement menacée par une alliance fragile aux soins et une instabilité géographique. Les professionnels des CMP soulignent leur prudence à aborder le passé traumatique du jeune, craignant un effondrement psychique qui ne pourrait être contenu en consultation. La sollicitation d'un interprète est globalement restreinte. La culture peut être en arrière-plan, teinter la clinique, ou bien représenter un levier dans la relation thérapeutique. De leur côté, les professionnels éducatifs déplorent des délais d'attente au CMP ne s'adaptant pas aux temporalités des jeunes. Ils sont en difficulté pour orienter les jeunes et demandent à plus de légitimité dans leur regard clinique. Professionnels de CMP et professionnels éducatifs se heurtent à l'engorgement et la saturation des CMP. Chacun s'accorde à dire que le travail de lien est primordial pour la continuité des soins. Le réseau semble toutefois peu connu ou compris de part et d'autre.

Si certains obstacles sont peu mobilisables à notre échelle, d'autres leviers sont développés dans la littérature : donner une place à la langue maternelle et faire appel à un interprète en entretien ; considérer son contre-transfert et les différences culturelles dans la rencontre et la réflexion clinique ; privilégier l'« aller vers », les entretiens en binôme ou en groupe ; proposer des médiations individuelles ou collectives, etc. Le travail de lien est à maintenir, à étoffer, à inventer : éducateurs, CMP, soins somatiques et addictologiques, école, entourage amical, mais aussi familial (en la nommant ou par des liens directs par téléphone). Ces liens sont essentiels pour libérer le jeune d'un statut parfois déshumanisant de « Mineur Non Accompagné », et en faire un adolescent « accompagné ».

Introduction

Depuis la fin des années 1990, existe en Europe une « nouvelle figure de la migration internationale » (Etiembe et Zanna, 2013) : les Mineurs Non Accompagnés (MNA), aussi nommés Mineurs Isolés Étrangers (MIE). La crise migratoire des années 2010 qui atteint son paroxysme en 2015 avec l'afflux de réfugiés de la guerre civile syrienne, a fait de la question migratoire un sujet central de la politique publique. La situation des MNA, ces jeunes mineurs arrivés sur le sol français sans représentants légaux, soulève de nombreuses questions autour de l'accueil et de la mise à l'abri de ce public.

Sur le plan de l'accès aux soins en France, la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) garantit le droit à la santé pour tout enfant¹. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour l'accompagnement des MNA (Anesm, 2018) incluent le dépistage des problèmes de santé mentale et leur prise en charge. Des difficultés d'accès aux soins sont toutefois rapportées par les professionnels de terrain, tant dans le secteur des soins somatiques, que dans le secteur des soins psychiques. Du côté des soignants, l'arrivée de ce public dans leur patientèle peut amener, devant la singularité des profils et des manifestations cliniques, à questionner les pratiques.

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP), figures centrales des soins ambulatoires en santé mentale dans le secteur public, ont leur place dans le parcours des MNA présentant des difficultés psychiques. Dans la littérature, on retrouve des articles sur les soins psychiques de MNA dans des dispositifs spécifiques aux publics migrants ou issus de la migration, ou dans des dispositifs de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Dans notre étude, nous avons voulu donner la parole aux professionnels des CMP et aux professionnels accompagnant au quotidien les MNA dans le département de Loire-Atlantique, pour ouvrir la réflexion sur les particularités de ce public et de leur prise en charge en CMP, et tenter d'identifier les éventuels freins rencontrés et les leviers possibles ou déjà existants. Pour élargir la réflexion, les résultats seront ensuite discutés en s'appuyant sur des articles issus de la littérature et les dispositifs et projets déjà existant en Loire-Atlantique et, plus largement, en France.

¹ Article 26 de la Convention internationale aux droit de l'enfant (CIDE), traité international adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, entrée en vigueur le 2 septembre 1990.

I. Mineurs Non Accompagnés : définitions et contexte actuel

A. Définition

Un « Mineur Non Accompagné » (MNA), anciennement appelé « Mineur Isolé Étranger », désigne une personne âgée de moins de dix-huit ans, se trouvant hors de son pays d'origine et dont « aucune personne majeure n'est responsable légalement sur le territoire national ou ne prend effectivement en charge et ne montre de volonté de se voir durablement confier l'enfant, notamment en saisissant le juge compétent »². En France, ces trois critères d'âge, d'origine étrangère et d'isolement sont nécessaires à la détermination de la qualité judiciaire de « Mineur Non Accompagné ».

B. Données statistiques

À la fin des années 1990, les, alors nommés, Mineurs Isolés Étrangers (MIE) affluent sur le territoire européen. Depuis les années 2000, le nombre de MNA arrivant en Europe augmente, hormis depuis 2019-2020 en lien avec la crise sanitaire de la Covid-19, ayant entraîné des restrictions de déplacement et la fermeture des frontières. On compte ainsi, en France, 9 524 jeunes reconnus MNA en 2020, contre 16 760 en 2019 (DPJJ, 2021). Selon l'Assemblée des Départements de France (ADF), le nombre total de MNA en France s'élevait à 31 000 en 2019 et représentait 15 à 20% des mineurs pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

En Loire-Atlantique, selon les chiffres transmis par le Service MNA du Département, 204 nouveaux mineurs ont été accueillis sur l'année 2021. Au 31 décembre 2021, 366 mineurs étaient confiés judiciairement et 33 accueillis administrativement sous le statut du recueil provisoire. Toujours au 31 décembre 2021, 476 jeunes majeurs bénéficiaient d'un Contrat Jeune Majeur (CJM). Le tableau ci-dessous résume les chiffres transmis par le département de Loire-Atlantique pour les années 2019, 2020 et 2021 :

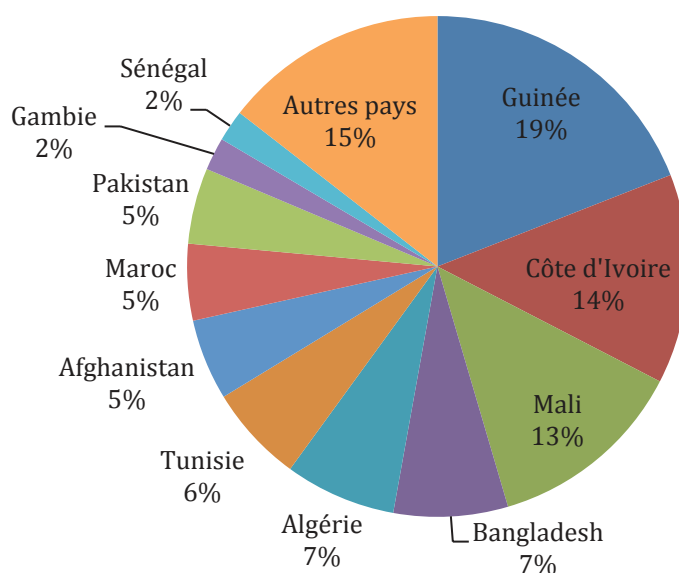
	2019	2020	2021
Nombre de nouveaux MNA accueillis sur l'année	398	201	204
Au 31 décembre :			
Nombre de MNA confiés judiciairement	534	459	366
Nombre de MNA accueillis administrativement (APU)	40	24	33
Nombre de jeunes majeurs bénéficiant d'un CJM	181	366	476

² Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016 – 840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités d'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leurs familles.

Les MNA sont majoritairement des garçons. Le nombre de jeunes filles MNA est en baisse mais leur proportion est en hausse avec une proportion de 5,8% filles sur l'ensemble des MNA reconnus par le département en 2020, contre 4,1% en 2017 (DPJJ, 2021).

Dans l'ensemble des MNA reconnus en 2020, environ 80% avaient entre 16 et 18 ans, contre 59% en 2019. En 2020, les pays les plus représentés étaient la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Mali. Si la proportion des MNA venant des trois pays du Maghreb a augmenté entre 2019 et 2020, le nombre de MNA maghrébins est cependant stable. Cette répartition géographique est spécifique à la France car, à l'échelle européenne, plus de la moitié des MNA est originaire d'Afghanistan (DPJJ, 2021).

Pays d'origine des MNA ayant intégré le dispositif en 2020 en France
Source : rapport de 2020 de la MMNA (DPJJ, 2021)



C. Un terme générique pour des individus aux profils et aux parcours singuliers

Le terme « Mineur Non Accompagné » regroupe une hétérogénéité de profils et de situations individuelles. Ces différences concernent « leur âge, la composition et la structuration de leur famille, les conditions socio-économiques de vie dans lesquelles ils ont évolué dans leur pays d'origine, la nature de leur isolement [...] et la nature de leur parcours de migration » (Radjack *et al.*, 2019). Les motifs du départ sont multiples et les causes de séparation du jeune avec ses parents peuvent être accidentelles ou intentionnelles. Il existe une typologie des Mineurs Isolés Étrangers (Etiemble, 2002 ; Etiemble et Zanna, 2013) :

- Les **mineurs « exilés »** fuient les guerres et les conflits ethniques, par crainte de répressions à cause des engagements politiques de leurs proches ou du fait de leur appartenance ethnique.

Certains essaient aussi d'échapper à un enrôlement forcé dans des forces armées régulières ou rebelles.

- Les **mineurs « mandatés »** sont incités au départ par leurs proches. Le « mandat » du mineur est alors de se rendre en Europe, soit pour travailler et aider financièrement sa famille, soit pour poursuivre ses études et accéder à un métier et une réussite sociale et économique.
- Les **mineurs « exploités »** sont aux prises de « trafiquants » avant même d'arriver sur le territoire français. Ces jeunes ont été trompés quant aux motifs de la migration (possibilité d'étudier, de trouver un travail, etc.). Leurs parents, s'ils sont à l'origine du départ migratoire, peuvent aussi avoir été floués par ces passeurs. L'exploitation peut être de l'ordre de la prostitution, du travail clandestin, de la mendicité ou d'activités de délinquance. Il ne s'agit pas forcément de réseaux à grande échelle.
- Les **mineurs « fugueurs »** fuient le domicile familial ou l'orphelinat, en lien avec des conflits ou des actes de maltraitance.
- Les **mineurs « errants »** sont des mineurs déjà en situation d'errance dans leur pays d'origine, qui décident de « tenter leur chance » en Europe. Quelques-uns poursuivent leur errance dans le pays d'accueil. Ils peuvent être dans des conduites de consommation de toxiques et commettre des actes de délinquance.
- Les **« mineurs-rejoignants »** partent de leur pays d'origine pour rejoindre un parent ou un membre de la famille élargie. Leur statut devient celui d'un MNA lorsqu'ils sont stoppés au cours du trajet migratoire, lorsque la prise en charge par la « communauté » ou le parent s'avère impossible ou pendant le délai nécessaire à l'officialisation d'une tutelle auprès de proches.
- Les **« mineurs-aspirants »** sont dans une quête de protection ou de meilleures conditions de vie, plus que dans une recherche de réussite économique. Ils dénoncent la corruption, l'injustice, les inégalités et les discriminations de leur pays d'origine.

Etiemble (2002) précise que « la frontière entre l'un et l'autre de ces « profils » est en fait très perméable, que ce soit au départ du pays d'origine ou en France ».

Tout comme ils peuvent être acteurs ou agents du projet migratoire, les MNA ne sont pas tous demandeurs de protection institutionnelle dans le pays d'accueil. Etiemble et Zanna (2013) expliquent alors que le « lien de filiation ou communautaire fort » peut suffire à procurer au jeune un « confort psychique et un sentiment de protection », tout en alertant sur le risque que l'« hyper protection » concédée au jeune ne devienne une contrainte et accentue ainsi sa vulnérabilité.

D. Enjeux administratifs et judiciaires

La Loi de mars 2007³ intègre les MNA dans le domaine de la Protection de l'Enfance, et donc de la compétence des Conseils Départementaux. Les dispositifs d'évaluation, d'accueil et d'accompagnement relèvent des Conseils Départementaux.

Avant 2013, les flux des arrivées étaient concentrés dans certains départements, avec une charge rapidement croissante tant sur le plan financier, que sur le plan de l'accueil physique. Dans ce contexte, la circulaire du 31 mai 2013⁴ a établi un protocole entre l'État et l'Assemblée des Départements de France (ADF), permettant une distribution géographique plus équitable entre départements, et l'appui logistique et financier de l'État au cours de l'évaluation.

1. Evaluation de la minorité et de l'isolement

L'évaluation de la minorité et de l'isolement des jeunes se déclarant MNA est à la charge des Présidents des Conseils Départementaux, qui peuvent déléguer cette mission à une association habilitée ou un établissement public social⁵. En Loire-Atlantique, cette mission est assurée par l'Association Saint Benoît Labre (ASBL), et plus précisément par leur service AEMINA et son équipe pluridisciplinaire. Le rapport rédigé à la fin de l'évaluation constitue une aide à la décision pour le Conseil Départemental et/ou le Parquet des Mineurs.

Parallèlement au processus d'évaluation, un Accueil Provisoire d'Urgence (APU) d'une durée de cinq jours est mis en place pour le jeune et peut être prolongé si l'évaluation n'est pas terminée à la fin du délai. L'APU a pour objectif la mise en sécurité physique et psychique de la personne en proposant un hébergement au sein d'un établissement ou d'un service de la protection de l'enfance, l'amorce des premières évaluations de l'état de santé et des premiers soins à prodiguer si nécessaire, et la mise en œuvre des premières actions éducatives.

L'évaluation de la minorité et de l'isolement implique un entretien socioéducatif et l'examen des « documents d'identité ». En cas de doute persistant, l'autorité judiciaire peut ordonner des examens médicaux et en appréciera elle-même les conclusions⁶. Ces examens médicaux peuvent prendre la forme de « tests osseux », c'est-à-dire une radiographie du poignet et de la main ayant pour fonction de déterminer l'âge osseux du sujet. Il s'agit d'étudier les points d'ossification et de les comparer à des clichés similaires issus de l'Atlas de Greulich et Pyle, datant des années 1950.

³ Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

⁴ Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation ; Circulaire « dite Taubira ».

⁵ Décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 pris en application de l'article L. 221-2-2 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille.

⁶ Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 25 janvier 2001, 99-50.067

Plusieurs chercheurs s'appliquent à dire que cette méthode est peu fiable avec notamment une variabilité interindividuelle et un risque d'erreur majoré entre 16 et 18 ans (Gaubert, 2019).

2. Reconnaissance de la qualité judiciaire de MNA

La reconnaissance de la qualité judiciaire de MNA par le Conseil Départemental entraîne le placement judiciaire à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). On passe alors d'une protection administrative (APU) à une protection judiciaire par le Procureur de la République⁷. En Loire-Atlantique, le rôle de tutelle du Département est délégué à un des trois cadres décisionnels du service MNA du Département.

3. Rejet de la demande de reconnaissance de la qualité judiciaire de MNA

En cas de rejet de la demande par le Département, le jeune peut saisir directement le Juge des Enfants (JE) qui pourra demander un placement en urgence. Environ la moitié des jeunes ayant contesté la décision du Conseil Départemental, sont reconnus mineurs par le Juge des Enfants. Le Conseil Départemental pourra faire appel de cette décision.

Cette voie judiciaire d'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance peut être empruntée directement par le jeune, sans même passer par la voie administrative décrite plus haut, mais reste toutefois très minoritaire.

Dans le cas du rejet de reconnaissance du statut de MNA, la personne sort du dispositif de la Protection de l'Enfance et entre dans les circuits du public migrant adulte.

4. Passage à la majorité

a. Enjeux administratifs

Les mineurs étrangers ne sont pas concernés par l'obligation de détention d'un titre de séjour et ne peuvent donc pas faire l'objet d'une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF). Le passage à la majorité est alors un enjeu important pour les MNA sur le plan de la régularisation.

Les possibilités et le droit au séjour diffèrent selon leur statut juridique à leur entrée et à leur majorité. Certains MNA peuvent demander l'asile ou la protection internationale auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), et ce alors même qu'ils sont mineurs. D'autres entrent plutôt dans le cadre d'une immigration économique et peuvent faire une demande de titre de séjour auprès de la Préfecture à 18 ans ou dès 16 ans s'ils souhaitent travailler. L'obtention ou non d'une carte de séjour est conditionnée par une évaluation globale de la situation du jeune par le Préfet selon les éléments suivants : intégration dans une formation, liens développés

⁷ Article 375-5 du Code Civil.

sur le territoire français et ceux conservés dans le pays d'origine, avis de la structure d'accueil sur les garanties d'insertion du jeune. D'autres encore peuvent faire une demande de titre de séjour pour soins, et notamment dans le cadre de troubles psychiques. Enfin, les victimes reconnues de la Traite des Êtres Humains (TEH) bénéficient de dispositifs de protection spécifiques.

b. Contrat Jeune Majeur

Par définition, la prise en charge par l'ASE cesse à la majorité du jeune. Le Contrat Jeune Majeur (CJM) permet de prolonger la prise en charge au-delà des 18 ans, jusqu'à 21 ans. En Loire-Atlantique, et ce depuis mars 2021, le CJM peut être renouvelé jusqu'aux 25 ans du jeune. Les motifs de refus ou d'arrêt du CJM peuvent par exemple être de l'ordre d'un arrêt prématuré d'une formation et d'une non-assiduité scolaire ou professionnelle.

E. En pratique en Loire-Atlantique

En Loire-Atlantique, trois associations sont mandatées pour assurer l'hébergement et le suivi socio-éducatif des jeunes de plus de 15 ans : l'ASBL, l'Etape Jeune, les PEP Atlantique Anjou. L'hébergement peut se faire en foyer, en appartement autonome seul ou en cohabitation, en famille d'accueil solidaire ou en hôtel. La Loi Taquet du 7 février 2022⁸ interdit d'ici 2024, le placement à l'hôtel des mineurs et des jeunes majeurs confiés à l'ASE. Jusqu'à l'entrée en vigueur de cette interdiction, l'hébergement en hôtel ne devra dépasser deux mois. Cependant, en pratique, et notamment en Loire-Atlantique, le nombre de places alternatives aux structures hôtelières reste limité. A noter que la loi Taquet introduit également l'interdiction à la réévaluation de la minorité et de l'isolement lors d'un changement de département.

⁸ Article 7 de la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.

II. Vulnérabilités d'une adolescence en exil

A. État de vulnérabilité

Selon Adam (2017), psychologue clinicien, cinq facteurs peuvent être à l'origine d'un état de vulnérabilité : un habitat précaire ou déficient ; une dépendance physique, psychique ou liée à une addiction ; une difficulté de communication ou de compréhension ; une exposition à des violences directes ou indirectes ; et une absence de droits d'accès aux dispositifs de protection sociale.

En ce sens, un MNA peut rapidement se trouver dans une situation de vulnérabilité. Les filles sont d'autant plus vulnérables du fait de leur genre : elles sont plus souvent victimes de faits de violences sexuelles sur le parcours migratoire ou d'asservissement de la part de réseaux de Traite des Êtres Humains.

B. Adolescence en exil : ruptures et construction identitaire

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, où s'opèrent la construction identitaire du futur adulte et l'organisation de sa personnalité. Les multiples bouleversements biologiques, cognitifs, corporels et sociaux viennent réveiller des conflits internes et en font une période de fragilité psychique. Les représentations de l'adolescence et du passage à l'âge adulte diffèrent selon les pays et les cultures, avec l'existence de rites de passage ou non, que le jeune aura effectués ou non au moment du départ en exil.

L'exil est défini par l'Académie Française comme la « situation d'une personne contrainte de vivre ou de séjourner ailleurs que là où elle vit habituellement ». Selon Aznar-Berko (2018), il s'agit d'un processus se déclinant en trois temps : la préhistoire (le *pourquoi* de l'exil), l'exil et l'étranger.

1. Impulsivité et mises en danger adolescentes

Comme le soulignait Idriss, psycho-anthropologue, au Congrès International Francophone de Hyères de 2021, il n'existe pas de « projet migratoire » à l'adolescence mais seulement « des rêves ou des fantasmes » (Kourouma *et al.*, 2021). Ceux-ci sont inscrits dans une histoire familiale ou un imaginaire social. Selon Denicola et ses coauteurs (2019), « l'impulsivité du départ en exil à l'adolescence interroge sur la capacité des sujets à se fixer des limites et renvoie aussi à leur fragilité interne ». Le jeune est dans une fuite en avant et n'appréhende pas les difficultés qu'il pourra rencontrer sur le parcours. Le départ peut être ainsi assimilé à une mise en danger.

2. Construction identitaire à l'épreuve de l'exil

« Comment grandir bien loin de ses parents, loin de ses valeurs, et ce, sans aucune visibilité sur l'avenir ? » (Radjack *et al.*, 2016). Dès leur départ du pays d'origine, ces jeunes font face à de multiples obstacles et entraves à leur construction.

Un départ rapide, précipité voire secret ne permet pas au jeune de participer au rituel des adieux qui sépare « le monde des présents de celui des absents » et qui permet de signifier « l'espoir des retrouvailles mais aussi la crainte de ne plus se revoir avant la mort ». Cela peut engendrer des angoisses et une culpabilité du jeune parti sans dire au revoir, avec la « crainte fantasmatique d'être « morts » pour ceux qui sont restés. » (Leconte, 2014).

Sur le parcours migratoire, une exposition précoce à des faits de violences extrêmes et à la mort peut entraver le processus adolescent. Les mécanismes de survie alors activés, viennent suspendre le temps psychique de l'adolescence et annuler « la dimension initiatique et la problématique du passage adolescent, c'est-à-dire les processus de maturation » (Hours, 2020). Le travail de construction-reconstruction du passé, « permettant de donner sens à son présent et d'élaborer un projet identificatoire qui rend son futur pensable » (Aznar-Berko, 2021), se retrouve ainsi interrompu.

Le lien entre culture et identité est profond mais imperceptible lorsque l'on est dans notre milieu culturel (Chapellon, 2020). Les nombreuses ruptures (géographiques, familiales, sociales et culturelles) endurées par le jeune MNA viennent fragiliser ses assises narcissiques et sa construction identitaire. L'expérience de migration peut être « dépersonnalisante » car le jeune est coupé de son environnement socioculturel et de ses repères symboliques, alors que ceux-ci sont nécessaires à l'individualisation et à la continuité psychique (Thibaudeau, 2006). Pour Nathan (2015), la migration est elle-même traumatique de par la rupture entre le cadre culturel externe et le cadre culturel interne qu'elle entraîne. Derluyn et ses coauteurs parlent de « deuil culturel » (2008). Le jeune MNA est ainsi exposé à une double vulnérabilité, car il est à la fois un adolescent et un migrant. Le jeune fait face à la fois à la perte de son corps d'enfant et à la perte du « berceau de son identité », son environnement familial, social et culturel. La « crise de la migration », tout comme la crise d'adolescence, contraint à des réaménagements identitaires (Chapellon, 2020).

La problématique identitaire est également présente car le jeune est confronté à la question du métissage culturel dans son pays d'accueil. Maintenir le « sentiment de continuité d'exister » (Chandler, 2001) est essentiel pour assurer une bonne construction sur le plan identitaire (Radjack *et al.*, 2019), et ce, malgré l'expérience des ruptures. Vont alors s'opérer des processus acculturatifs, qu'est la transformation identitaire au contact d'un autre pays.

À noter que la question de l'identité est centrale à l'arrivée dans le pays d'accueil où le jeune est soumis à « l'épreuve du soupçon » lors de l'évaluation de sa minorité et de son isolement. Il doit prouver et convaincre de son identité pour accéder à une protection de l'État. Dans certains pays, aucun document n'est nécessaire pour prouver son identité. Les demandes itératives de l'administration française peuvent être vécues comme une remise en cause de leur parole, voire une dénégation de leur identité.

3. Filiation et affiliation

L'adolescence vient faire questionner le jeune autour de sa place dans sa filiation, tandis qu'émergent les affiliations (Erikson, 2011). Le contexte transculturel, avec les différences voire l'opposition de sa culture d'origine et de celle du pays d'accueil, fait de l'adolescence une période de vulnérabilité spécifique. Pour Moro (2011), la question de la filiation et des affiliations est particulièrement bouleversée chez le migrant, et notamment à l'adolescence.

Assayag et ses coauteurs (2020) se sont intéressés aux similitudes entre les liens tissés par les jeunes dans le pays d'accueil et ceux qu'ils avaient dans leur pays d'origine. Pour cela, ils ont interrogé cinq majeurs arrivés en tant que MNA en France. Les résultats suggèrent un parallèle entre les liens aux éducateurs et ceux avec les parents, dans leurs rôles de protection et d'accompagnement à l'autonomisation. Les liens d'amitié dans le pays d'accueil rappelleraient les liens fraternels dans le pays d'origine. Les amis évoquent la famille et la culture d'origine, prenant place ainsi dans « l'arbre de vie » des MNA.

4. Altération des représentations de l'adulte

Les motivations au départ et le trajet migratoire diffèrent selon les jeunes. Or, à tout point de son parcours, de son quotidien dans son pays d'origine jusqu'à son arrivée dans le pays d'accueil, le jeune peut faire l'expérience du défaut de protection voire de la maltraitance de l'adulte. Il peut avoir été confronté, directement ou indirectement, à tout type de violence (psychique, verbale, physique, sexuelle). Il peut avoir été trompé par un adulte, passeur ou non. Cela peut altérer les représentations du jeune, voire faire naître de la méfiance envers les adultes (Leconte, 2014). Une étude irlandaise (Ni Raghallaigh, 2013) proposait cinq causes spécifiques à la méfiance des jeunes MNA : avoir eu l'habitude d'être méfiant, les expériences passées, la méfiance subie de la part de l'autre, le fait de ne pas bien connaître ses interlocuteurs et les enjeux forts autour de l'expression de la vérité. Les causes de la méfiance étaient, d'après leurs résultats, liées au contexte social dont était issu le jeune et celui dans lequel il évoluait.

III. Troubles psychiques chez les Mineurs Non Accompagnés

A. **Contexte particulier du MNA : adolescent et migrant**

1. Troubles psychiques chez le migrant : pathologies de la migration ?

Selon Baubet et Moro (2013), il existe deux situations distinctes dans l'apparition de troubles psychiques chez les migrants. La pathologie peut être antérieure et être révélée par la migration, parce que, même si elle était déjà décompensée, elle était comprise culturellement dans le pays d'origine, et tolérée ou compensée par le milieu familial et social. C'est l'environnement socio-culturel du pays d'accueil qui rend visible le trouble. Dans le second cas, ce sont les difficultés et les empêchements du travail d'élaboration autour de la migration qui vont mener à l'apparition de tout un panel de manifestations cliniques. Ainsi, Baubet et Moro soutiennent qu'il n'existe pas de pathologie « spécifique » liée à la migration (2013).

2. La souffrance adolescente

Aux difficultés liées à la migration s'ajoute, comme nous avons pu le développer en deuxième partie, l'état de vulnérabilité lié à l'adolescence. La souffrance adolescente peut se manifester de multiples façons sur le plan clinique. Pour Jeammet (1980), cette souffrance s'exprime principalement par le corps avec des troubles agis des conduites, des passages à l'acte. L'agir est une réponse privilégiée de l'adolescent à des situations conflictuelles, faisant des troubles du comportement, un motif fréquent de consultation en pédopsychiatrie chez les adolescents. C'est la répétition des passages à l'acte (crise clastique, vol, fugue, agression, automutilation, suicide, conduite sexuelle, conduite « d'addiction ») qui amène à la réflexion psychopathologique. Il existe ainsi trois hypothèses diagnostiques (Marcelli *et al.*, 2018) :

- Les crises à l'adolescence avec une prédominance des passages à l'acte : les crises juvéniles décrites par Mâle, ou la crise d'identité décrite par Erikson ;
- Les conduites externalisées graves et répétitives de l'adolescence, faisant partie pour la plupart des « troubles externalisés » du DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) ;
- La dépression : à l'adolescence, le ralentissement psychomoteur peut être absent alors qu'il s'agit d'un symptôme fréquent chez l'adulte. L'adolescent sera alors dans une « recherche constante de stimulation ». Chez l'adolescent, tout passage à l'acte doit faire évoquer un épisode dépressif, d'autant plus s'il est répété. (Marcelli *et al.*, 2018)

Skandrani et Bouche-Florin (2013) qualifient les tentatives de suicide et l'addiction à un ou plusieurs produits, comme « une des formes les plus inquiétantes, visibles, aux yeux de la société ».

Elles soulignent combien la souffrance adolescente peut être difficile à prendre en charge dans les services pour enfants (pédopsychiatriques et pédiatriques) et pour adultes.

3. A l'arrivée dans le pays d'accueil : désillusion et paradoxe de l'accueil

Au moment du départ et tout au long du parcours migratoire, le jeune peut idéaliser le pays convoité, « l'eldorado », et être confronté brutalement à la réalité du pays d'accueil, l'amenant à réaménager ses rêves et ses projets. Denicola et ses coauteurs (2019) expliquent combien il peut être difficile et douloureux de « faire concilier les deux images : celle du héros idéalisé qui a voulu s'extraire de sa condition et a bravé les épreuves pour se sortir du chaos, et celle de l'enfant placé, marqué par les carences et les maltraitances ».

Concept existant chez les migrants, le « **paradoxe de l'accueil** » est transposable chez les MNA. Il s'agit d'une période de lune de miel pendant laquelle la personne va internaliser ses troubles pour légitimer sa place, tenter de s'adapter aux exigences du milieu et de la culture du pays d'accueil, favoriser son intégration sociale et administrative. Lors du Congrès de Hyères de 2021, Gaultier, citant l'étude de Bean de 2007, insistait sur le risque de sous-estimation des besoins en matière de santé mentale chez ce public (Kourouma *et al.*, 2021). Il souligne le paradoxe entre « la protection de l'enfance et l'insécurité administrative » de ces jeunes mineurs pris en charge par le Département mais risquant l'exclusion et l'expulsion à la majorité (Gaultier, 2019).

4. L'arrêt du mouvement

Comme développés plus haut, les logiques de survie et l'incessant mouvement laissent peu de place à l'expression des émotions et des angoisses. Contenu et sécurisé par les dispositifs de la Protection de l'Enfance, ou lorsque sa situation sociale ou éducative se stabilise, le jeune peut faire face à une sensation de vide et à une perte de repères. Les émotions et les angoisses, voire les symptômes dépressifs ou post-traumatiques jusqu'ici refoulés, peuvent ressurgir (Radjack *et al.*, 2016). Les souvenirs et les angoisses de ce qu'ils ont tenté de fuir peuvent de nouveau s'imposer à eux (Denicola *et al.*, 2019). Il s'agit d'une période à risque d'effondrement thymique et de décompensation psychique.

B. Les MNA, une population à risque de pathologies psychiatriques

Les MNA sont identifiés par plusieurs études comme une population à risque de pathologies psychiatriques, et ce dès leur arrivée dans le pays d'origine (Radjack *et al.*, 2016). Il est important d'être vigilant quant à la lecture des résultats car les échantillons des études sont différents,

notamment du fait que les MNA constituent une population hétérogène sur le plan du parcours, de la langue et de leurs origines géographiques, ethniques et culturelles.

Dans leur article de 2016, Radjack et ses coauteurs résument les résultats de plusieurs études. Ainsi, on note, et ce dès l'arrivée des jeunes MNA dans le pays d'accueil, une grande fréquence d'états de stress post-traumatiques (ESPT, 52%), de dépressions (44%) et de troubles anxieux (38%) (Vervliet et coll., 2014). Ces troubles ont fréquemment tendance à se chroniciser (Bean *et al.*, 2007) et sont aggravés par les procédures judiciaires auxquelles les jeunes doivent faire face (Vervliet et coll., 2014 ; Huemer et coll., 2011). L'apparition et le renforcement des symptômes psychiatriques peuvent être en partie liés aux « interrogatoires répétés et au regard suspicieux des institutions judiciaires du pays d'accueil » (Watters et Ingleby, 2004).

C. Dimension psychotraumatique

Selon les travaux de Carlson (1997) et de Carlson et Dalenberg (2000) dans la littérature anglo-saxonne, un **événement traumatogène**, aussi appelé événement potentiellement traumatique, doit obligatoirement comporter ces trois caractéristiques : avoir une valeur négative uniquement ; atteindre un seuil « critique » de manque de contrôlabilité (seuil variant selon les expériences de vie, la dimension de contrôlabilité propre à chaque personne, et le degré de la valence négative de l'événement) ; et survenir de manière soudaine avec une menace imminente (Ouagazzal, 2020). Ainsi, un « événement soudain, incontrôlable et émotionnellement douloureux » peut avoir des conséquences psychiques importantes, mais n'est pas suffisant pour le développement d'un syndrome de stress post-traumatique (Ouagazzal, 2020). Les caractéristiques du sujet, le contexte, ainsi que les facteurs pré-, péri- et post-migratoires jouent un rôle dans l'apparition ou non d'un syndrome de stress post-traumatique (Carlson, 1997 ; Ouagazzal, 2020).

Dans le DSM-V, un **événement traumatogène** est défini comme une « situation d'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles » (APA, 2015) selon une ou plusieurs de ces façons :

1. « En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). »

Terr (1991) propose la distinction de deux types de traumatismes psychiques : les traumatismes de type I sont liés à l'exposition à un événement unique, soudain et massif, limité dans le temps ; tandis que les traumatismes de type II sont induits par l'exposition à des événements répétés ou durables, pouvant être anticipés. Solomon et Heide (1999) ajoutent une troisième catégorie à cette typologie, avec les traumatismes de type III causés par des « événements multiples, envahissant et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période » (Josse, 2019 ; Taïeb *et al.*, 2004).

Aussi, comme le remarquent Baubet et Moro (2013), chez les migrants, « les événements traumatiques sont susceptibles d'entrer en résonance avec le traumatisme migratoire, parfois avec des traumatismes antérieurs ».

Chez les MNA, l'**État de Stress Post-Traumatique** (ESPT) est le trouble psychiatrique le plus fréquent, du fait des événements traumatiques vécus pré-, péri- et/ou post-migratoires, retrouvés chez la majorité d'entre eux. Le rapport de la mission de Médecins Sans Frontières auprès des MNA en France datant de 2019, rapporte que 87% des jeunes interrogés affirment avoir été victimes de violences, tortures ou maltraitance au cours du trajet migratoire. Certains peuvent présenter des difficultés psychiques en lien avec la migration sans pour autant rentrer dans le diagnostic psychiatrique d'ESPT.

La **confrontation répétée à de la violence extrême** (« par leur caractère inhumain et intentionnel ») **et organisée** (c'est-à-dire « une relation de violence exercée par un groupe sur un autre » ; Baubet et Moro, 2013), peut aboutir à l'apparition de symptômes d'un **ESPT complexe** (Herman, 2015 ; Radjack *et al.*, 2012). L'ESPT complexe se traduit par le tableau clinique suivant (Baubet et Moro, 2013 ; Radjack *et al.*, 2012) :

1. Altération dans la régulation de l'état affectif : troubles chroniques de la régulation des affects, difficultés à moduler les réactions de colère, comportements auto-agressifs et suicidaires, difficultés à moduler l'engagement dans des activités sexuelles, comportements impulsifs, prises de risque ;
2. Altération de l'attention et de l'état de conscience : amnésie (totale ou partielle), épisode dissociatif transitoire (dépersonnalisation, déréalisation, autre) ;

3. Somatisations : douleurs chroniques, troubles somatiques fonctionnels, symptômes conversifs, symptômes sexuels ;
4. Modifications chroniques du caractère : altérations de la perception de soi (culpabilité, honte, sentiment de modification identitaire), altérations de la perception de l'agresseur (désir de vengeance ou idéalisation), altérations de la relation aux autres (méfiance, re-victimisation, hétéro-agressivité) ;
5. Altération des systèmes de sens : désespoir, perte des croyances fondamentales.

En 2018, l'**ESPT complexe** a été intégré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à la onzième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), y faisant un diagnostic à part entière. Il y est caractérisé par des « problèmes graves et persistants :

1. de régulation des affects ;
2. de croyance en soi comme diminué, vaincu ou sans valeur, accompagné de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique ;
3. de difficultés à maintenir une relation et à se sentir proche des autres. »

Il y est précisé que ces symptômes altèrent le fonctionnement de l'individu notamment « sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ». Aussi, l'ESPT complexe est étroitement lié à la dissociation chronique et les troubles dissociatifs (HAS, 2020).

De plus, les syndromes psychotraumatiques sont associés à une augmentation du risque suicidaire et auto-agressif et du risque de comorbidités psychiatriques. Les pathologies post-traumatiques peuvent être de l'ordre de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, de troubles psychotiques et de troubles somatoformes.

Pour Auxéméry (2018), la « dépression post-traumatique » est une entité à part entière. Elle est caractérisée par une prédominance des sentiments de honte, d'abandon et de culpabilité, des ruminations centrées autour des causes et des conséquences du traumatisme, un repli et un isolement social fréquents et une perte de confiance dans la nature humaine.

Les événements psychotraumatiques peuvent également impacter les conduites instinctuelles (sommeil, alimentation, sexualité), les fonctions cognitives et les capacités d'adaptation. Ils peuvent également amener à des mises en danger, pouvant être considérées comme des équivalents suicidaires (auto-agressivité, hétéro-agressivité, comportements sexuels à risque, prise de toxiques). La prise de toxiques peut aussi être utilisée à visée anxiolytique et hypnotique.

Baubet et Moro (2013) expliquent combien la gravité et la répétition des traumatismes subis peuvent parfois entraîner, chez des demandeurs d'asile adultes, des troubles correspondant à des « modifications durables de la personnalité liées à une expérience de catastrophe » (CIM-10, F62.0). Nous pouvons ainsi imaginer les conséquences de telles expériences chez des adolescents, chez qui la personnalité s'organise encore. Aussi, les éventuels deuils peuvent venir complexifier ces tableaux cliniques.

Les jeunes MNA qui entament une procédure de demande d'asile, doivent raconter leur parcours et évoquer en détail des événements traumatiques auprès de l'OFPRA, qu'ils n'ont parfois jamais mis en mots. L'acceptation de leur demande en dépend. Baubet et Moro (2013) le soulignent que « ce processus lent, douloureux et hasardeux a bien sûr de lourdes conséquences sur l'expression des symptômes et les possibilités d'élaboration ».

D. Dimension culturelle

1. Culture, enculturation et acculturation

Le dictionnaire Larousse définit **la culture** comme l'« ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation ». Moro (1994) définit la culture comme « un système culturel [...] constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire ». Elle rappelle qu'« il n'existe pas d'homme sans culture » (Moro, 2011).

L'enculturation, ainsi nommée par Mead en 1930, comprend le processus de transmission culturelle, débutant dès la petite enfance, par la mère et par le groupe. Elle passe par le corps, les soins à l'enfant et l'éducation. Elle est consciente et inconsciente, ancrée dans chaque individu. L'enculturation est « une véritable incarnation de la culture dans chacun de nous » (Nathan, 1986; cité par Moro, 2011). La maladie n'échappe pas au codage culturel.

L'acculturation est définie comme un « mouvement psychologique complexe de transformation, d'évolution et de métamorphose du migrant devant les changements culturels et environnementaux » (Luong, 2020). Elle se fait en deux phases : la première plus rapide et visible - l'adaptation, et la seconde, plus latente et lente - l'intégration puis l'assimilation. On peut s'adapter mais refuser de s'intégrer (Long, 2021). Cette période d'acculturation peut être considérée comme une période de fragilité.

2. Culture et symptômes psychotiques ou d'allure psychotique

Selon la littérature, les **états psychotiques** seraient plus représentés chez les sujets migrants que dans la population du pays d'accueil. Mais l'hétérogénéité des groupes étudiés entre les

différentes études amène à rester prudent dans l'interprétation des résultats. La migration pourrait être considérée comme un facteur de risque de décompensation schizophrénique, après les antécédents familiaux de schizophrénie. Les hypothèses avancées dans la littérature sont par exemple : le stress lié à la confrontation avec un milieu culturel différent, la fréquence des situations d'errance, de précarité et des consommations de toxiques (Jedwab et Nguyen-Lamouri, 2015). Les événements psychotraumatiques pourraient agir comme des facteurs potentialisateurs d'une vulnérabilité préexistante du sujet (Auxéméry, 2018). Il y aurait un lien entre la gravité du(des) événement(s) traumatogène(s) et la probabilité de présenter un épisode psychotique aigu (Baubet et Moro, 2009).

Les **troubles psychotiques aigus et transitoires**, fréquemment retrouvés chez les sujets migrants, sont pour la majorité de bon pronostic. Ils sont pour Baubet et Moro (2013) une « tentative de réaménagement identitaire » devant les difficultés à maintenir le sentiment de continuité de soi dans la migration.

Pour Radjack et ses coauteurs (2012), la prévalence retrouvée dans les études concernant la schizophrénie chez les migrants, pourrait être surestimée par l'existence d'**erreurs diagnostiques liées à la culture** (ou « misdiagnosis »). Elles peuvent être catégorielles : concept de *caterogy fallacy* proposé pour la première fois par Kleinman en 1977, qui consiste à assigner à un patient un diagnostic selon un référentiel d'une autre culture et dont la validité transculturelle n'a pas été établie. Selon Baubet et Moro (2013), il n'existe pas d'équivalence fiable entre des tableaux de syndromes liés à la culture et des diagnostics psychiatriques européens-centrés.

Baubet et Moro (2013) s'interrogent sur l'influence de la culture sur les états d'allure délirante et les hallucinations. « À partir de quel moment peut-on parler de délire, et non de croyance ? ». La définition d'Henry Ey sur le délire (« croyance irréductible et inébranlable à une conception fautive de la réalité ») peut trouver ses limites en situation transculturelle. La culture influe sur la forme et le contenu des hallucinations, mais également sur la délimitation du normal et du pathologique (Jenkins, 1998 ; Baubet et Moro, 2013).

Des **états de transe ou de possession** peuvent être confondus avec des états délirants (McCormick et Goff, 1992 et Pereira *et al.*, 1995 ; cités par Baubet et Moro, 2013). Le tableau clinique comprend selon Rouget (1980, cité par Coignac et Baubet, 2013) cinq caractéristiques communes : « la personne n'est pas dans son état normal ; sa relation avec le monde est perturbée ; elle présente des troubles neurophysiologiques ; ses facultés sont imaginaires ou réellement accrues ; l'accroissement de ces facultés se manifeste par des conduites observables du dehors ». Ces

manifestations peuvent correspondre aussi bien à l'expression culturellement codée d'une détresse psychologique réactionnelle à un événement de vie ou à des troubles affectifs, qu'à un trouble psychiatrique avéré.

Des symptômes psychotiques plus ou moins transitoires peuvent être observés chez des sujets présentant **une dépression ou un état de stress post-traumatique**, et ce même en l'absence de structure psychotique.

Il peut s'agir, dans le cadre de l'ESPT, d'une de ses formes sévères qu'est l'ESPT avec caractéristiques psychotiques. L'absence d'éléments de désorganisation et d'ambivalence écarte le diagnostic de trouble psychotique. Des réactions paranoïaques sont cependant possibles (Auxéméry, 2018).

Il pourrait également s'agir d'un codage culturel de la souffrance. Dans leur étude de 1976, Hanck et ses collaborateurs décrivent, au cours de leur travail au Sénégal et au Zaïre, dix situations cliniques d'épisodes psychotiques aigus ayant régressé sous antidépresseur tricyclique. Ils suggèrent l'existence d'un « masque noir de la dépression » caractérisé par l'association de symptômes psychotiques aigus et de plaintes somatiques (Baubet et Moro, 2013).

3. Culture et somatisation

Fréquentes chez le public migrant, les plaintes somatiques peuvent être la manifestation d'une souffrance psychique parfois indicible. La dichotomie entre le corps et l'esprit dans la société occidentale, le clivage entre le somatique et la psychiatrie dans notre système de santé, peuvent retarder voire empêcher l'accès à un diagnostic et des soins adaptés. Baubet et Moro (2013) rappellent qu'« on a tôt fait de conclure que si le corps du migrant parle autant, c'est parce que sa tête ne parle pas, qu'il ne verbalise pas, voire même qu'il n'élabore pas », alors que dans bien de sociétés non occidentales, cette dichotomie entre le corps et l'âme n'existe pas. La somatisation peut être un mode d'expression culturellement codé de la souffrance psychique.

Alors que l'élaboration psychique est suspendue par des phénomènes traumatiques dans une fonction défensive et protectrice, le corps, interface entre le dedans et le dehors, peut devenir le traducteur d'une souffrance psychique (Burloux, 2004 ; Hours, 2020). Selon Baubet et Moro (2013), la formulation « somatique » de la plainte pourrait également être favorisée par la barrière de la langue et les difficultés de communication rencontrées par les migrants avec le corps médical. Elle pourrait également être mise au premier plan dans le discours car jugée moins stigmatisante.

E. Problématique addictologique

Certains jeunes MNA peuvent présenter une problématique addictive, parfois antérieure à la migration ou s'étant développée sur le trajet migratoire ou à l'arrivée dans le pays d'accueil. Ces jeunes peuvent utiliser les toxiques dans une lutte contre l'effondrement ou dans « une fuite en avant vers un autosabotage de tout projet en France » (Bouche-Florin, 2019). Il n'existe pas de données en France concernant les prises de toxiques chez les MNA. Il existe d'ailleurs très peu de données de ce type pour la population migrante adulte. La principale raison mise en avant est l'absence de surveillance ethnique en France. De plus, les résultats des quelques études ne peuvent être généralisés devant l'hétérogénéité des populations étudiées.

Selon Sanchez-Mazas (2012), « on ne peut établir de relation univoque entre migration en soi et une problématique d'usage d'alcool et de drogues ». Certains jeunes MNA consomment de l'alcool ou du cannabis. Aussi, certains MNA peuvent consommer des médicaments : le Lyrica® (Prégabaline), des benzodiazépines dont notamment le Rivotril® (Clonazépam) et de la Ritaline® (méthylphénidate) (Cadet-Tairou *et al.*, 2020).

Le Lyrica® est un traitement utilisé dans l'épilepsie, les douleurs neuropathiques et le trouble anxieux généralisé. Depuis mai 2021, la prescription de Lyrica® se fait sur ordonnance sécurisée pour une durée maximale de six mois. Ce renforcement des règles de prescription fait suite à une augmentation des cas d'addiction et d'abus. Son usage détourné est principalement à visée de défonce/euphorie, mais peut également être à visée anxiolytique, antalgique ou hypnotique. Il est régulièrement associé à une benzodiazépine, notamment le Rivotril®. Les principales complications du mésusage sont un coma, des troubles de la conscience, une désorientation et une confusion (ANSM, 2021).

Le Rivotril® est une benzodiazépine utilisée dans le traitement de l'épilepsie. Sa consommation est régulièrement présente en amont de la migration ou initiée pendant le parcours migratoire. Des actes de délinquance et de violences sous Rivotril® ont été rapportés chez des jeunes MNA, souvent associés des conduites d'errance (Lazès-Charmetant, 2019). Certains de ces jeunes peuvent être reconnus MNA, mais échapper à la prise en charge au titre de la Protection de l'Enfance. En France, sa prescription se fait sur ordonnance sécurisée et se limite à une durée maximale de douze semaines.

Enfin, des pratiques d'inhalation répétées de solvants ont été observées chez de très jeunes MNA (Cadet-Tairou *et al.*, 2020).

IV. La prise en charge des MNA en Centre Médico-Psychologique

A. Les Centres Médico-Psychologiques

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont des structures ambulatoires faisant partie intégrante des secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie, dont les équipes sont composées de médecins psychiatres ou pédopsychiatres, de psychologues, de cadres infirmiers, de paramédicaux (infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, etc.), d'éducateurs et d'assistants sociaux. Les CMP sont rattachés à un Centre Hospitalier Universitaire ou Spécialisé (CHU ou CHS) et sont implantés sur le territoire en fonction de la sectorisation géographique dont ils dépendent. La sectorisation facilite le travail en réseau avec les partenaires des secteurs médico-sociaux et éducatifs exerçant sur le même territoire.

Selon les habitudes des différents services, la limite d'âge maximum pour une prise en charge en pédopsychiatrie fluctue entre 16 et 18 ans. Les MNA, se trouvant majoritairement dans cette tranche d'âge, se retrouvent à la frontière entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte.

B. Contexte de l'étude

Lors de différents stages de mon internat, j'ai eu l'occasion de prendre en charge, parfois seulement sur le temps d'une garde, de jeunes patients MNA hospitalisés en service de psychiatrie adulte pour des symptomatologies bruyantes (troubles du comportement avec hétéro-agressivité, idées délirantes, éléments de désorganisation et dissociation). Aucun des jeunes rencontrés n'avait eu de suivi antérieur sur le plan psychique. J'avais été particulièrement marquée par leurs difficultés d'alliance dans les soins psychiatriques hospitaliers. S'était alors posée la question de leur inscription dans un suivi dans un CMP à la suite de ces épisodes aigus. Aussi, je m'interrogeais sur l'action préventive que nous aurions pu espérer d'un suivi en CMP sur l'apparition ou l'intensité des troubles observés.

En m'intéressant à cette population particulière, j'apprenais que leur accès aux soins, que ce soit sur le plan somatique ou psychique, était une question majeure chez les professionnels et bénévoles les accompagnant. Concernant la prise en charge psychiatrique, les jeunes reconnus MNA par le Conseil Départemental, relèvent du droit commun, c'est-à-dire du Centre Médico-Psychologique de leur secteur. L'étude suivante constitue une ébauche de réflexion autour des soins en CMP des MNA, tentant de soulever des questions et de proposer des pistes d'amélioration imaginées par les différents professionnels des CMP et des dispositifs éducatifs d'accueil rencontrés.

C. Matériel et méthodes

Cette étude qualitative repose sur des entretiens individuels basés sur des guides d'entretien semi-dirigés. Le premier objectif de l'étude est de recueillir le vécu et les réflexions des professionnels des CMP et des professionnels de dispositifs éducatifs d'accueil dans les prises en charge de jeunes MNA en CMP. Le second objectif est d'identifier les facteurs facilitants et les freins à l'instauration et la poursuite d'un suivi, et de rapporter les pistes d'amélioration proposées par les professionnels à ce sujet.

Dans un premier temps, l'intérêt s'est porté sur le vécu des professionnels travaillant au sein des CMP. Devant l'absence de saturation des données, compte tenu des difficultés à recruter des volontaires, une triangulation des sources des données a été réalisée en interrogeant également des professionnels des dispositifs éducatifs d'accueil des MNA du département de Loire-Atlantique. Afin d'élargir le champ des réflexions, l'inclusion de MNA ayant un suivi en CMP ou en ayant eu un dans le passé, avait été envisagée. D'après les retours sur des questions méthodologiques et éthiques auprès de professionnels avisés, des entretiens enregistrés avec cette population particulière auraient nécessité l'obtention d'un document du Département certifiant leur non-opposition à cette étude et l'avis d'un Comité d'Éthique. Le manque de temps pour initier ces démarches nous a conduit à renoncer à des entretiens auprès de MNA.

1. Choix d'entretien individuel

Le choix de réaliser des entretiens individuels repose sur les résultats d'un premier et bref questionnaire diffusé aux professionnels de santé des CMP adolescents et adultes de Loire-Atlantique. Ce questionnaire comportait quelques questions, pour permettre notamment une estimation du nombre de MNA dans les files actives des différents CMP sur l'année précédente et un aperçu du nombre de professionnels potentiellement intéressés pour participer à une étude qualitative dans le cadre de ce travail de thèse.

Dans un premier temps, le travail a consisté à répertorier tous les CMP adultes et adolescents du Département et à joindre par téléphone chacun des secrétariats afin de récupérer une adresse e-mail à laquelle je pouvais adresser le questionnaire en vue d'une diffusion à l'ensemble des professionnels du CMP. Les premiers mails ont été envoyés en septembre 2021. Au total, au mois de décembre 2021, nous totalisons 30 réponses. Sur ces 30 professionnels, trois disaient avoir eu 1 MNA dans leur file active durant l'année 2020-2021, quatre disaient en avoir eu 2, et un 3. Six professionnels répondaient « oui » à la question « Au cours de votre exercice, avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge de patients MNA en CMP ? ». Sur ces 30 professionnels, 9 se portaient potentiellement volontaires pour participer à une étude dans le cadre

de ma thèse, et 7 transmettaient leurs coordonnées afin d'être contactés dans un second temps. Devant le nombre restreint de potentiels volontaires, nous avons privilégié la réalisation d'entretiens individuels, à des focus groupes.

2. Echantillon et critères d'inclusion

L'échantillon de la population interrogée au cours de l'étude est un **échantillon de convenance**. La recherche des professionnels volontaires pour participer aux entretiens individuels s'est faite sur la base du volontariat.

Le **recrutement** a été effectué de différentes manières. Les personnes ayant donné leurs coordonnées dans le premier questionnaire ont été contactées dans un premier temps. Sur les 7 personnes potentiellement intéressées, 4 ont répondu positivement ; 1 a finalement refusé de participer et 2 n'ont pas donné de réponse. Dans un second temps, un mail résumant le cadre de mon travail de thèse et signifiant ma recherche de volontaires a été diffusé via différents canaux (mailing liste des CMP, réseaux professionnels). Quelques relances auprès des différentes structures ont été nécessaires.

La sélection des sujets a été faite selon les **critères d'inclusion** suivants :

- être un professionnel travaillant soit au sein d'un Centre Médico-Psychologique de Loire-Atlantique adolescents et/ou adultes ; soit au sein d'un dispositif d'accueil et d'accompagnement des MNA de Loire-Atlantique (ASBL, PEP, ETAPE) ; sans critère de profession ou d'expérience ;
- et s'être porté volontaire pour la participation à un entretien individuel semi-directif, et avoir donné son accord oral pour l'enregistrement, la retranscription de la séance et l'utilisation anonyme des données.

L'**échantillon** de cette étude est composé de 12 personnes : 7 professionnels de CMP et de 5 professionnels éducatifs. Pour le respect et la garantie de l'anonymat des personnes interrogées, les professions, les établissements et les territoires d'exercice ne seront pas nommés.

3. Guides d'entretiens semi-dirigés et entretiens individuels

Trois guides d'entretiens semi-dirigés ont été déclinés selon les profils des personnes interrogées (voir Annexe 2). Ils ont été élaborés à partir d'échanges et rencontres avec différents acteurs du terrain dans le cadre de ma thèse et des retours d'août 2021 sur le programme MNA de Médecins du Monde à Nantes.

Les entretiens individuels ont été réalisés entre décembre 2021 et juin 2022. Ils se sont déroulés dans les locaux professionnels des personnes interrogées (bureau dans la majorité des cas,

salle de réunion ou salle de médiation). Les entretiens individuels ont duré entre 15 minutes et 1 heure 15 minutes. L'assurance d'un accord oral pour le déroulement et l'enregistrement de l'entretien a précédé chaque entretien. Le respect de l'anonymat dans la retranscription et l'utilisation des données a été rappelé au début de chaque entretien.

4. Phases de collecte et d'analyse du contenu des séances

Chaque entretien individuel a été dans un premier temps retranscrit mot à mot sur un support de traitement de texte, avec parfois l'utilisation de la dictée vocale. Dans un deuxième temps, chacune des retranscriptions a été relue dans son intégralité, annotée et découpée en verbatim. Chaque verbatim a été étiqueté selon l'idée ou le thème pouvant le résumer. Les idées et sous-thèmes ont été ensuite regroupés en plusieurs grands thèmes à l'aide du logiciel Excel. Pour des soucis d'anonymat, tous les professionnels seront genrés au masculin dans la partie « Résultats ».

D. Résultats

Les professionnels de santé des CMP interrogés rapportent n'avoir rencontré que très peu de MNA dans leur exercice en CMP. Deux n'en ont jamais suivi dans ce cadre, trois ont une expérience passée ou actuelle avec des MNA dans d'autres espaces. Un professionnel de CMP se questionne quant à la rareté des prises en charge de MNA du CMP alors qu'il « *imagine qu'il y a des besoins plus importants* ». Un professionnel éducatif le constate également : « *il y en a quelques-uns qui sont dirigés vers les CMP, mais dans les accompagnements effectifs qui se réalisent et qui durent, j'ai envie de dire qu'il y en a eu très peu sur ceux que j'ai connus.* »

1. Un public qui questionne

La question des MNA est qualifiée d'« *un sujet très actuel* », d'« *une réalité du monde actuel forte [dont] on n'a pas fini d'entendre parler* », et dont « *on sait que ça va continuer d'augmenter* ».

Certains professionnels perçoivent les MNA comme des « *enfants sans parents* », qui n'ont personne pour raconter leur histoire développementale et leur enfance, et pour qui il faut être attentif aux « *enjeux, l'attachement au lieu, l'attachement aux personnes qui vont s'occuper d'eux.* »

Pour d'autres, « *c'est l'ado qui est au premier plan* », traversant des problématiques universelles d'adolescence : les changements corporels, les questionnements autour de la sexualité, la mort, l'avenir et les liens avec la famille. Un professionnel de CMP fait le lien entre ces adolescents dont « *la famille est très loin ou inaccessible, ou disparue* » et d'autres adolescents nés en France « *qui ont perdu le contact avec un de leurs parents et qui ne savent pas s'il est encore en vie ou pas* ».

Les notions d'âge et d'adolescence peuvent différer selon les cultures, avec parfois un

passage sans transition « *du statut d'enfant à un statut d'homme* ». Un professionnel éducatif rapporte que certains jeunes ayant eu un jugement supplétif ont parfois « *une date de naissance qu'ils s'approprient plus ou moins ou pas, [qui] reste administratif et assez vide de sens* ». Outre des différences culturelles, un professionnel éducatif rappelle que les MNA sont « *souvent des enfants qui ont été maltraités pendant l'enfance* » et qu'il s'agit de « *ce qu'on peut rencontrer en pédopsychiatrie ; des jeunes qui ont eu des formes d'abandon ou de négligence parentales.* »

Enfin, plusieurs professionnels désignent les MNA comme de « *jeunes adultes* » et viennent questionner la présentation mature du jeune en entretien et leurs propres représentations. Ils relient la maturité observée à l'autonomie contrainte de leur parcours migratoire.

Un professionnel de CMP, questionnant ses propres représentations, note qu'il ne pense jamais à prendre contact avec les parents d'un patient MNA alors qu'il y pense de façon systématique pour les autres adolescents. Un professionnel de CMP relève, sans développer, des situations de doute entre l'âge déclaré et l'âge réel. Un professionnel éducatif en parle également : « *Peut-être, dans leur construction psychique, [ils peuvent] être de « faux adolescents » ou de jeunes adultes. Et du coup, la posture du soignant, je pense qu'elle peut être un peu délicate des fois, de comprendre, de savoir : est-ce que je l'aborde comme quelqu'un qui a 16 ans ou plutôt comme quelqu'un de 25 ans ? Je me doute que des fois, ça peut-être un peu déstabilisant [pour le soignant].* »

2. La demande de soins en CMP

La demande de soins en CMP émane essentiellement des travailleurs sociaux accompagnant le jeune. Le jeune est majoritairement décrit comme très peu demandeur. Les motifs des demandes sont variés : inquiétudes autour de symptômes d'allure psychotique, hétéro-agressivité, tristesse, idées suicidaires... Le milieu éducatif est dans « *une attente un peu diagnostique et une attente de soins* ». Un professionnel de CMP relate à propos du soin : « *c'est vital pour les associations, pour l'ASE, pour les ITEP, pour les IME. Mais (...) des fois, le soin, il existe là où ils sont et pas toujours à l'extérieur* ».

Un professionnel de CMP souligne que, si des parents peuvent obliger leur adolescent à venir consulter au CMP, ce n'est pas le cas des éducateurs avec les jeunes MNA. Le jeune vient alors avec une « *forme de demande* », tournant essentiellement autour de troubles somatiques ou de troubles du sommeil. Un professionnel de CMP explique rencontrer très régulièrement, dans son exercice, des adolescents avec une « *demande faible, voire inexistante, ou une demande essentiellement portée par un tiers familial ou institutionnel* », et qu'il a donc « *l'habitude de négocier* », « *de contractualiser avec une fin possible* ».

L'orientation vers les CMP par les dispositifs éducatifs d'accueil fait suite à des observations

relevées par les éducateurs, souvent discutées en équipe et avec notamment l'éclairage des psychologues et/ou infirmiers présents au sein de l'association. Un professionnel éducatif explique que, de son expérience, par « *peur de se tromper, peur d'une erreur d'aiguillage* », ses collègues et lui n'ont jamais appelé directement un CMP sans échanger auparavant avec un professionnel de santé intervenant au sein de l'association. Pour quelques professionnels des dispositifs éducatifs d'accueil, les Urgences Médico-Psychologiques (UMP) semblent la porte d'entrée « *la plus opérante* » vers une prise en charge en CMP. Toutefois, un autre professionnel éducatif est plus critique : « *Le passage aux urgences ne nous permet pas non plus de faciliter l'accès au CMP derrière, ni de connaître le secteur, ni d'envisager une orientation par les urgences vers le CMP.* »

Ces jeunes relèvent du droit commun. Dans certains cas, les professionnels éducatifs font appel à des psychiatres ou psychologues libéraux. Dans d'autres, ils privilégient une orientation vers le CMP car la clinique leur paraît nécessiter une prise en charge institutionnelle. Un professionnel éducatif explique parfois préférer le droit commun à un suivi en libéral, pour des jeunes arrivant à la fin de l'accompagnement associatif, car ils « *ne pourront pas se financer leurs propres séances, et donc ça va mener une rupture* ».

3. Une alliance fragile aux soins

La construction d'une alliance est décrite par la plupart des professionnels de CMP comme « *compliquée* », « *très longue et très difficile* », d'autant plus « *qu'on leur demande de venir seul alors qu'ils [auraient] peut-être encore besoin d'être portés par l'institution* ». Pour un professionnel éducatif, « *s'inscrire, s'ancrer et créer du lien* » en dehors du cadre du dispositif associatif demandent beaucoup de ressources à ces jeunes.

La très grande majorité des professionnels, du CMP et des dispositifs éducatifs d'accueil, renvoie cette difficulté d'alliance aux représentations du jeune concernant le système de soins et son rapport aux maladies et aux soins psychiques. Les jeunes peuvent se sentir perdus face à un système de soins différent de celui qu'ils ont connu dans leurs pays d'origine. Un professionnel de CMP explique que partager une langue commune ne suffit pas car ces jeunes « *n'ont pas les codes français, ils ne savent pas ce qui est attendu ici dans la société* », « *ils ne savent pas où ils sont attendus et ce qu'on attend d'eux dans une relation thérapeutique* ». C'est pourquoi, comme le rapporte un autre professionnel de CMP, le médecin est parfois une « *figure plus rassurante, car elle existe aussi dans leur pays d'origine* ».

Un professionnel éducatif contourne ces difficultés en allant les « *accrocher dans l'informel* », expliquant être face à un public « *où l'on se doit d'être dans l'aller vers* ». Selon un professionnel de CMP, la méfiance perçue par les soignants quand on questionne le jeune sur son

histoire, peut s'expliquer par une différence de culture : « *Il ne sait pas que c'est ça qui nous intéresse, parce que dans sa culture, on est ce qu'on est dans le moment présent.* »

Les représentations du jeune face aux soins psychiques peuvent également complexifier l'alliance. Ainsi, ces jeunes, venus d'un « *ailleurs [où] il n'y avait peut-être pas de mots pour ça [ou bien, où] la psychiatre existe mais que dans le champ de la psychose* », peuvent avoir des craintes exprimées ou non, à se rendre au CMP. Pour d'autres, les soins psychiques peuvent paraître déconnectés de leurs propres représentations : « *il ne voyait peut-être pas tout le temps l'intérêt de relier la parole au fait d'aller mieux* ».

Les professionnels de CMP font part d'une difficulté à les accrocher à un suivi, rapportant que les jeunes ont tendance à ne pas venir aux rendez-vous ou à se présenter en retard. Plusieurs explications sont avancées : un décalage entre les attentes du jeune et les réponses qu'il trouve au CMP, une façon de vérifier s'ils ont une place ou des difficultés à respecter le cadre « *trop formel* » des consultations. Ces difficultés de continuité peuvent s'inscrire dans la clinique de certains jeunes, lorsque leur « *parcours est fait de ruptures* ». Un professionnel éducatif rapporte : « *dans les moments où il va moins bien, il décrochait aussi, que ce soit du travail, avec des absences, des arrêts maladie. Donc forcément du côté du CMP, ça pouvait décrocher* ». Pour d'autres, il s'agit d'une « *crainte qu'on remue des choses douloureuses du passé, ou tout simplement la crainte de faire confiance à un adulte* ». Parfois encore, l'équipe et le jeune peuvent être moins enclins à venir au rendez-vous lorsque la symptomatologie est moins bruyante qu'au moment de la demande. Enfin, un professionnel éducatif précise que les retards peuvent faire partie d'un aspect culturel de la question de l'heure : « *Il y a des jeunes où il faut dire, c'est 16 heures 00, parce que 16h, jusqu'à 16h55, on est encore dans l'heure de 16h.* »

Le jeune peut également être aux prises avec d'autres enjeux : la scolarité, la formation, l'intégration, la question des papiers... Un professionnel de CMP dit contacter les éducateurs rapidement pour savoir où en est la procédure administrative parce que « *c'est aussi ce qui engage leur alliance thérapeutique, leur capacité à dire ou pas dire* ». Un professionnel éducatif relate que le jeune peut avoir accepté l'orientation au CMP lors de la demande mais être pris dans d'autres priorités au moment effectif du premier rendez-vous (sortie de garde à vue, préoccupations financières, alimentaires, etc.).

Les deux principaux éléments facilitant l'alliance du jeune dans les soins sont une demande initiale venant du jeune et une expérience antérieure dans des consultations avec un psychologue ou un psychiatre. Les professionnels des CMP ont en tête ces difficultés et l'enjeu de la construction de l'alliance, dès la première consultation : « *je crois que je pars d'emblée avec l'idée qu'en même temps ce sera peut-être la dernière fois qu'on se voit. C'est la première mais la dernière.* » L'importance de

la rencontre dans la construction de l'alliance avec le jeune revient régulièrement dans le discours des professionnels éducatifs, expliquant que lorsque cela fonctionne c'est « *qu'il y a une part personnelle du professionnel qui a rencontré le jeune* ».

4. La question de la langue

La majorité des professionnels des CMP interrogés n'ont pas recours à de l'interprétariat lorsque le jeune est francophone. Un professionnel de CMP précise compter sur le premier rendez-vous pour « *évaluer le niveau [de langue]* » et la nécessité de solliciter un interprète ou non pour la suite. Un professionnel s'imagine « *faire des entretiens en anglais* », tandis qu'un autre explique que l'acquisition progressive du français peut permettre la tenue des entretiens. Devant une majorité de jeunes francophones dans les quelques patients MNA rencontrés, un professionnel de CMP s'interroge quant à « *un biais de sélection par les éduc : peut-être qu'ils nous envoyaient que des gens qui pouvaient suffisamment bien s'exprimer* ».

Concernant la sollicitation de l'interprétariat dans les soins en CMP, deux professionnels nomment explicitement l'ASAMLA (Association Santé Migrants Loire Atlantique) et un, l'ISM (Inter Service Migrants – Interprétariat) en précisant que « *ça coûte très cher* ». Un professionnel éducatif explique venir avec la démarche de faire appel à l'ISM « *alors que les médecins pourraient le faire, qu'ils ont des accès gratuits alors que l'asso paie. Mais on se dit, on facilite les choses.* » Un professionnel de CMP rapporte ne pas savoir comment solliciter un interprète au sein de son établissement. Un autre déplore les difficultés pour trouver un interprète dans la langue du patient, la nécessité de prévoir longtemps à l'avance le rendez-vous et la contrainte des « *comptes à rendre à l'hôpital* » par la suite.

L'importance de la langue maternelle est soulignée par trois professionnels, la qualifiant de « *langue de notre inconscient* » permettant l'accès au « *langage émotionnel* », et ce même si le jeune maîtrise le français. Un autre professionnel de CMP alerte quant aux difficultés ou à l'impossibilité de communiquer pouvant « *conduire à des tableaux [ou à] majorer des tableaux de dépression, ou d'isolement* ». Un professionnel éducatif ajoute que l'interprétariat est « *au service du travail que l'on mène, parce qu'il nous paraît terrible, notre travail, si l'on ne s'est pas compris* ».

Toutefois, le travail avec un interprète n'est pas simple pour la plupart des professionnels de CMP interrogés. L'interprète est vu comme un « *tiers dans la relation* », « *venant interférer avec l'alliance* ». Il rend impossible le « *travail de transfert* » lorsque la traduction est uniquement informative. Enfin, pour un professionnel, il peut être « *délicat d'évoquer des questions médicales devant quelqu'un qu'on ne connaît pas bien* ». Il serait alors préférable de favoriser le présentiel et de travailler en amont une alliance avec un interprète qui resterait dans la continuité du suivi.

5. L'influence des différences culturelles dans le soin

Comme déjà développé plus haut, le jeune venant d'une culture différente peut être en difficulté face aux codes européens, et notamment dans le système de soins. Le soignant est également un être culturel, avec ses propres codes et représentations. Cela peut créer de la confusion dans la relation soignant-soigné, de part et d'autre : « *Il nous manquerait des clefs de compréhension. Et le jeune, il lui manquerait à lui des codes pour pouvoir nous donner ces clés.* » Cela demande alors au soignant un décentrage par rapport à ses propres représentations afin de « *ne pas être dans une vision européenne-centrée* ».

L'expression d'une souffrance peut également prendre une forme culturellement codée, comme le relate un professionnel éducatif au sujet d'un jeune MNA « *qui était dans un discours autour de son ethnie, de la revendication de son ethnie. Rapidement, il avait posé lui-même les choses qui ont un peu interrogé les professionnels. Moi, je suis venu donner d'autres éléments qui permettent de comprendre aussi dans quoi ça se joue. (...) Quand l'angoisse apparaissait, ça se jouait à ce niveau-là.* » Vient également la question de l'étiologie culturelle : la « *compréhension de leur propre pathologie psychiatrique ou psychique [qui] se fait parfois par le prisme d'une croyance ou d'une culture* ».

Un professionnel de CMP met en avant que la différence culturelle n'a aucun impact sur la prise en charge. Un autre dit ne pas avoir suivi de jeunes MNA assez longtemps pour s'intéresser à l'aspect culturel.

Venir interroger la culture du jeune, son pays, peut également être un levier dans la relation thérapeutique. En effet, pour un professionnel de CMP, un des enjeux du soin peut être de tenter de réaffilier le jeune à son histoire, souvent parsemé de ruptures, via un travail de transmission de son récit de vie ou de l'histoire de son pays, sa culture, etc. Cela peut également être un outil thérapeutique autour du symptôme : « *Et puis moi je demanderais « qu'est-ce qu'on fait dans ton pays pour les troubles du sommeil ? Comment ça s'explique ? Quels sont les rituels qui peuvent être mis en place ? Qu'est-ce qu'on pourrait proposer là-bas ? » Si c'est quelque chose qui pourrait se reproduire ici aussi.* »

L'aspect culturel peut également être un frein à un suivi dans le droit commun avec l'hésitation des médecins à orienter vers une prise en charge spécialisée. Un professionnel éducatif le déplore : « *Comme si tout relevait du culturel. Ce qui, en fait, est assez arrêté. Parce que dans la réalité, oui bien sûr, il y a du culturel, mais pas que.* »

6. Les réflexions autour des troubles psychiques

Dans la grande majorité des situations de jeunes présentés en exemple dans le discours des

professionnels de CMP et des dispositifs éducatifs d'accueil, les jeunes présentent des symptômes psychotiques. La symptomatologie d'allure psychotique semble être un fréquent motif de recours au CMP. Cela vient questionner une décompensation psychotique chez ces jeunes « à l'âge de l'émergence de la psychose » et la part d'une expression culturellement codée d'une souffrance : « *Je me suis demandé si ce n'était pas un peu dépressif, avec des voix qui lui parlaient encore du passé, de la nostalgie.* »

Les principales réflexions des professionnels de CMP, concernant les troubles psychiques des jeunes MNA, étaient centrées autour du psychotraumatisme. La plupart des professionnels de CMP évoquent leur « *prudence* » à venir aborder l'histoire du jeune en consultation. Ils mettent en avant la crainte d'y trouver des événements traumatiques et de mettre en difficulté le jeune et l'alliance. Parler du trauma est « *terrifiant s'ils ne sont pas prêts* », « *le récit biographique est dangereux, et le partager c'est dangereux* ». L'absence de garantie d'une continuité du suivi permettant un cadre suffisamment contenant en consultation vient d'autant limiter le professionnel à aborder ces éléments. Plusieurs professionnels rappellent que l'on peut attendre du soin, une mise en récit du jeune de son histoire et de sa souffrance (« *une façon de voir le soin, que c'est en parlant, et notamment en parlant des choses douloureuses que l'on va trouver de l'apaisement, [ce qui est] vrai, sauf dans le trauma en fait* »), et qu'« *à vouloir projeter sur eux des idées préconçues, on peut se retrouver à faire des choses qui sont pas forcément bienveillantes pour eux* ».

Un professionnel fait part de son expérience pour souligner l'importance d'avoir en tête des éléments de l'histoire du jeune, par le biais des éducateurs par exemple : « *À un moment, je lui prescris du Tercian. J'ai compris après que ça avait été terrible pour lui, parce qu'il a quand même dû se lever pour aller uriner, qu'il était complètement défoncé par la Tercian, et en fait...Il a été drogué, ce jeune, pendant plusieurs mois voire plusieurs années même. Et ça lui a rappelé, il a revécu quelque chose...* ». Un professionnel rappelle que le parcours d'évaluation de la minorité et de l'isolement à l'AEMINA est important à connaître par les professionnels du soin, car « *parfois, ça peut être du trauma sur du trauma.* » Enfin, un autre professionnel, prenant en exemple un jeune MNA ayant frappé mortellement un homme qui agressait une femme dans la rue, rappelle l'urgence à prendre en charge ces jeunes au passé multi-traumatique pour prévenir du risque de passage à l'acte hétéro-agressif dans un épisode de dissociation traumatique. Un autre professionnel appelle à être vigilant face à l'« *hyper-résilience* » des jeunes et au risque de décompensation tardive.

Plusieurs professionnels de CMP admettent être en difficulté face à la question du parcours migratoire et du psychotraumatisme. Deux professionnels envisagent de se former à l'EMDR (Eye Movement Desentitization and Reprocessing) pour en faire bénéficier ces jeunes, mais aussi d'autres patients présentant des symptômes post-traumatiques. Certains se questionnent sur une orientation

éventuelle vers une consultation spécialisée. Deux professionnels s'interrogent quant aux missions du Centre de Référence du Psychotraumatisme (CRP) ouvert récemment en Loire-Atlantique.

7. L'instabilité

L'instabilité est géographique, administrative et sociale. Après leur reconnaissance du statut de MNA, « *c'est le début d'une autre galère* » avec les enjeux de régularisation au passage à la majorité qui peuvent les « *parasiter* » psychiquement. Ce passage à la majorité peut parfois « *recréer une situation insécurisante* » avec une recrudescence d'une souffrance, d'idées suicidaires ou une décompensation psychotique. Il s'agit également dans la plupart des CMP de pédopsychiatrie, de la période de relai vers les CMP adultes. Si le jeune peut parfois « *être au clair* » sur la question des papiers, la plupart des professionnels de CMP vont chercher des réponses auprès des éducateurs de l'association et/ou de l'assistant social de leur CMP.

Le soignant doit, dans sa prise en charge, s'adapter à cette instabilité. Un professionnel de CMP explique être en difficulté pour « *être dans une narrativité avec eux* » si on ne peut pas « *au moins se projeter sur les six mois à venir* ». Il explique également avoir limité des prescriptions médicamenteuses dans la crainte de l'absence de poursuite et de l'apparition d'un syndrome de sevrage au décours. L'instabilité du jeune incite le soignant à être dans « *l'ici et maintenant* » lors des consultations, avec « *l'enjeu d'établir un lien de confiance et à accompagner une tranche, en ayant les mêmes inconnus qu'eux* ».

Trois professionnels de CMP évoquent la colère déposée en entretien par les jeunes MNA : une colère « *contre un pays qui les accueille pas ou qui les répare pas non plus* », une colère « *contre l'éducateur qui ne leur donne pas les bonnes réponses* », une colère qu'« *il faut pouvoir accueillir sans la raviver, pas souligner tout le temps des impasses ou des impossibles* ».

La scolarité ou la formation professionnelle viennent ancrer le jeune et lui « *donner une place dans la société* », d'où peut émaner la résilience. Si l'inscription sociale, et notamment scolaire, est difficile, l'accompagnement vers l'extérieur peut être une piste de travail pour le CMP. Devant l'importance de la scolarité, autant pour l'intégration sociale et les enjeux de régularisation à la majorité, un professionnel de CMP appelle à rester vigilant à ne pas fixer de consultations sur les temps scolaires, pour éviter qu'ils aient à « *choisir entre le scolaire et le soin* ».

La stabilité est essentielle pour « *faire le travail de se réinscrire dans un récit* ». Cela peut d'abord passer par une régularité dans les rendez-vous. La stabilité sociale et/ou administrative peut également mener à des décompensations psychiques. La régularisation, notamment l'accès à un statut de réfugié, peut permettre une meilleure disposition pour les soins psychiques autant pour le jeune, que pour l'équipe socio-éducative. Ils pourraient « *sortir de l'agir* » car le jeune n'aurait plus à

« tenir absolument une scolarité en vue d'une demande de titre de séjour ».

Enfin, un professionnel éducatif pointe la diminution actuelle de la fréquence des changements d'hébergement pour les jeunes, et espère ainsi rassurer les professionnels des CMP pour l'organisation d'une continuité des soins.

8. Les professionnels de CMP dans la relation soignant-soigné

Un professionnel de CMP évoque, malgré de « *belles rencontres* », des « *suivis pas très satisfaisants parce que très éparpillés* ». Un autre dit « *avoir beaucoup appris d'eux* ». Il peut y avoir, avant de les rencontrer, « *un peu de fascination d'imaginer le voyage qu'ils ont fait, ce qu'ils ont dû vivre* ». Un professionnel éducatif interpelle : « *Ça peut faire un peu peur, parce qu'il y a beaucoup de fantasmes autour des migrants, avec l'idée qu'il faudrait peut-être orienter vers des lieux de soins spécifiques migrants. Ce qui moi, me heurte et vient vraiment me faire violence, car en pédopsychiatrie, pour moi, on accueille justement la souffrance.* »

Un professionnel éducatif explique que l'altérité est présente dans chacun, et n'est pas limitée aux personnes qui la figurent avec « *des marques physiques ou verbales* ». Pour lui, la représentation de l'altérité serait « *un frein dans les CMP* ». Il ajoute : « *Je ne pense pas que ce soit une démarche raciste en soi, mais ça leur fait peur et ils ne veulent pas s'exposer à cette altérité. Mais comme il y en a qui ne veulent pas s'exposer à la psychose, c'est une altérité autre.* » Un autre professionnel éducatif rappelle que les professionnels de CMP, qui ont pourtant acquis par leur expérience des « *modes d'entrée en relation* » individualisées aux patients, notamment pour les patients psychotiques, peuvent se sentir démunis face à un public venant d'ailleurs : « *C'est comme si, avec ce public, on ne pouvait pas utiliser les mêmes outils alors qu'en fait, fondamentalement, ce sont les mêmes : l'écoute, l'accueil.* »

9. L'importance du travail en réseau

L'importance du travail en réseau est soulignée par la grande majorité des professionnels des CMP et des dispositifs éducatifs d'accueil. Un professionnel de CMP explique que cela « *facilite les choses quand les patients arrivent* », et que cela permet d'« *essayer d'inventer des choses* ». Introduire le tiers éducateur dans le soin permet de prendre en charge le patient dans sa globalité, de ne pas cliver les espaces : « *C'est vraiment le fait qu'on communique. Pour lui, ça a du sens aussi, ce n'est pas morcelé.* » Les liens sont surtout concentrés autour du référent éducateur, mais également autour du médecin traitant du fait des plaintes fréquemment somatiques des patients. Parfois, le lien se fait avec l'infirmière ou la psychologue de l'association, notamment s'il y a déjà en place un suivi psychologique au sein de l'association afin de « *se coordonner pour faire au mieux et*

mailler quelque chose qui ait du sens ». Pour un professionnel de CMP, cela pourrait passer également par la transposition de leur travail de visites à domicile, à des visites au sein du lieu d'hébergement du jeune.

D'autres déplorent le manque de temps destiné au travail en réseau, qui n'est alors « *pas forcément simple à construire* ». Un professionnel éducatif explique que le travail de lien peut être « *personne-dépendante* », « *c'est-à-dire il y a un intérêt de part et d'autre, mais quand ces personnes-là bougent ou partent, il faut recommencer* ».

Les éducateurs ont une place importante dans le soin, que ce soit en amont avec l'identification des besoins, l'orientation et la demande au CMP, puis l'accompagnement du jeune dans le suivi.

L'identification des besoins de soins demande du temps et une certaine connaissance dans le repérage des difficultés psychiques. Un professionnel éducatif explique que la barrière de la langue peut « *venir complètement feutrer le prisme de l'évaluation* », soit en limitant la rencontre et donc l'accès à des signes de souffrance psychique, soit en interprétant comme des troubles psychiques, des incompréhensions sur le plan de la communication. S'en suit le temps de la rencontre avec le jeune avant de pouvoir évoquer et orienter vers des soins psychiques. Un professionnel éducatif met en avant la volonté des équipes de dépister précocement les troubles afin de pouvoir prendre le temps de l'orientation et de la demande d'un suivi en CMP. Certains jeunes acceptent, d'autres non.

Lorsqu'un suivi se met en place, le tiers associatif fait un travail d'étayage auprès du jeune et de lien avec le CMP. La place de l'éducateur référent est de « *s'assurer que le jeune n'oublie pas son rendez-vous, de lui rappeler, de lui rappeler l'intérêt, d'accueillir ses craintes, ses doutes à aller à la consultation et de travailler ça avec lui* ». Pour les professionnels de CMP, cet accompagnement est d'autant plus intéressant que le jeune est souvent peu demandeur.

Cependant, des professionnels éducatifs mettent en avant le manque de moyens alloués à l'accompagnement socio-éducatif des jeunes MNA pris en charge par le Département, pouvant alors limiter la disponibilité de l'éducateur référent dans l'accompagnement au CMP notamment. Un professionnel éducatif explique que l'équipe éducative peut être plus investie lorsque les fragilités du jeune sont marquées, mais que rapidement, faute de moyens, le jeune va être amené à « *se débrouiller* » dans son suivi. Un autre professionnel éducatif souligne les différences de temporalité du côté socio-éducatif et du côté du soin, pouvant alors compliquer le travail de partenariat.

Certains professionnels éducatifs regrettent le manque de « *légitimité* » de leur profession et de leur place, vis-à-vis des professionnels de CMP et notamment des médecins. Ils évoquent leur souhait d'une « *confiance de [leur] regard clinique de la part des CMP* ». Ils expliquent notamment

combien l'accès aux soins peut être entravé lorsque la demande de soins doit passer par le médecin généraliste : « *Plus il y a d'étapes, plus on voit que c'est laborieux et que c'est difficile pour le jeune d'intégrer ce système de soins. (...) Quand il voit qu'on a du mal, je pense que ça lui renvoie qu'il n'est pas le bienvenu dans ces services.* » Pour un professionnel éducatif, le travail autour du réseau pourrait alors permettre de « *crédibiliser la demande d'accompagnement* ». Il rapporte temporiser beaucoup et solliciter finalement très peu les CMP.

Les professionnels éducatifs nomment leurs difficultés dans leurs échanges avec les professionnels de CMP, notamment du fait du secret médical, de « *beaucoup de rétentions d'informations* » rendant parfois la communication « *un peu plus hasardeuse* ». Un professionnel éducatif ajoute qu'il peut être compliqué de se positionner, en tant que travailleur social face à un soignant, sur des questions cliniques et vient questionner sa propre légitimité.

Enfin, le réseau englobe également les ressources et les structures existant sur le territoire. Pour certains professionnels, on gagnerait à « *organiser les ressources* » et à « *structurer le parcours de ces jeunes* ». Certains regrettent que les centres de référence soient plutôt basés au CHU. La Consultation Ressource en Clinique Transculturelle (CRCT) et le Centre Régional du Psychotraumatisme (CRPT) sont cités par quelques professionnels de CMP. La PASS psy est nommée par un professionnel éducatif regrettant l'impossibilité pour les MNA d'y avoir accès.

Sont également rapportées par les professionnels éducatifs, les difficultés de lien entre le CMP et l'addictologie. Ils mettent en avant un phénomène récent et croissant de consommation de Rivotril® (Clonazepam) et de Lyrica® (Prégabaline) chez les MNA, et des difficultés à trouver des professionnels acceptant de prendre en charge ces problématiques addictives. Un autre professionnel éducatif évoque le peu de liens entre « *les expressions corporelles et les expressions psychiques* » et entre les professionnels des CMP et des soins somatiques.

10. Les limites du CMP

La principale limite rapportée par l'ensemble des professionnels interrogés est l'engorgement des CMP. Cela entraîne des délais de prise en charge jugés trop longs et « *trop importants pour des adolescents* » avec peu de réponses à une crise, obligeant les professionnels éducatifs à privilégier le recours aux UMP. Un professionnel éducatif explique que les jeunes sont déjà « *sur un temps suspendu de par leur situation administrative* » et que les délais d'attente au CMP peuvent ne pas coïncider avec la temporalité des jeunes.

Cela impacte également la disponibilité des professionnels des CMP avec la sensation d'être « *submergés* » par une file active importante de patients et un travail toujours croissant. Quelques

professionnels de CMP expliquent avoir des difficultés à garder en tête les patients loupant des rendez-vous et ne pas toujours avoir le temps de maintenir un lien en les relançant par téléphone : « *Une des difficultés qu'on a, nous, c'est qu'on a tellement de patients, que c'est vrai qu'il y en a aussi, je pense, qu'on perd de vue sans s'en rendre compte.* » La sollicitation massive des CMP les amène à retirer de leur liste d'attente des patients ne se présentant pas à plusieurs consultations consécutives.

De plus, la saturation des CMP vient limiter les possibilités d'adaptabilité du suivi par rapport au patient, amenant parfois à des difficultés d'alliance, voire à des ruptures de soin.

La sectorisation est questionnée par plusieurs professionnels des CMP et des dispositifs éducatifs d'accueil des MNA. La principale interrogation tourne autour de la domiciliation à prendre en compte pour déterminer le secteur, c'est-à-dire le siège de l'association ou le lieu d'hébergement du jeune. Le siège de l'association semble être privilégié du fait des fréquents changements de lieux d'hébergement du jeune, qui viendraient impacter la continuité des soins. Or, devant l'étendue du territoire pris en charge par les associations, le lieu d'hébergement peut se trouver éloigné du CMP. Se pose alors la question : « *Est-ce qu'on privilégie la proximité, ou est-ce qu'on privilégie la continuité ?* ».

11. Les pistes d'amélioration suggérées par les professionnels

Le travail de liens avec le réseau est au premier plan, que ce soit avec le secteur éducatif, qu'avec les secteurs de soins somatiques et d'addictologie. Un professionnel de CMP souligne que certains MNA peuvent avoir été suivis sur le plan psychique par des associations (notamment Médecins du Monde) avant la reconnaissance du statut de MNA. Il insiste sur l'intérêt de se mettre en lien avec les professionnels ayant rencontré le jeune, pour travailler le relai, mais également pour échanger sur leurs expériences et leurs pratiques auprès de ce public.

Le deuxième point majeur est nommé explicitement par un des professionnels : « *Est-ce que l'idée est de développer quelque chose spécifique pour eux, ou de travailler dans l'intégration de ce qui est déjà possible ?* »

Trois professionnels suggèrent la création d'une équipe mobile. Cette équipe serait formée à la situation insécure et précaire du patient MNA, avec des connaissances plus spécifiques sur le psychotraumatisme et le transculturel. Cette équipe pourrait être intersectorielle pour favoriser la continuité. Ses missions seraient de « *débrouiller* » la situation et de « *guider l'équipe qui accompagnera le jeune* » au sein d'un CMP. Un professionnel imagine la possibilité, pour cette équipe mobile, de faire des visites sur les lieux d'hébergement et d'y faire un travail d'alliance et

d'orientation vers le CMP. Un autre professionnel imagine un lieu d'accueil sans rendez-vous, s'adaptant à la temporalité du jeune.

Un professionnel de CMP propose un lieu d'accueil des enfants avec un parcours migratoire, qu'ils soient des jeunes MNA ou des enfants ayant fait le parcours migratoire avec leur famille, sans condition de régularisation administrative du jeune et/ou de ses parents. Les missions de ce dispositif seraient de proposer un dépistage précoce sur le plan somatique et psychique, et une orientation vers des soins adaptés. Il imagine, en ce lieu, la collaboration étroite entre la pédopsychiatrie, la pédiatrie et la Cimade.

L'idée d'un groupe thérapeutique spécifique aux MNA a été abordée avec certains professionnels de CMP. Selon un professionnel, le soin par la médiation est très important du fait de la barrière de la langue et l'expression privilégiée par le corps. Certains pensent que l'inclusion serait possible et favorisée par le manque de candidats potentiels à la création d'un groupe composé uniquement de jeunes MNA. Aussi, un professionnel rappelle l'hétérogénéité des profils des jeunes et rapporte que la réunion de plusieurs ethnies pourrait amener des tensions et mettre à mal la dynamique du groupe. La question de la barrière de la langue et de l'intervention d'un interprète dans un groupe limiterait cependant l'inclusion. Enfin, un professionnel ne se projette pas dans l'inclusion d'un patient MNA dans un groupe déjà existant au sein de son CMP, tant le décalage en maturité lui semblerait important et rendrait l'affiliation aux pairs impossible.

D'autres professionnels suggèrent de développer des interventions au sein du foyer avec par exemple, la mise à disposition d'un espace de parole individuel avec le psychologue du foyer ou la proposition de groupes de parole.

Les autres pistes d'amélioration concernent : le gain en disponibilité et en souplesse du CMP dans l'accueil et l'accompagnement du jeune vers l'extérieur ; le développement de formation par des professionnels exerçant plus spécifiquement auprès de ce public « *pour travailler différemment* » ; le partage d'expériences avec des collègues rencontrant également des MNA sous forme par exemple de groupes de travail.

E. Discussion

Les différents professionnels interrogés ont balayé un panel assez large de sujets et de préoccupations autour des soins en CMP des MNA. Cependant, la réalisation d'un plus large nombre d'entretiens aurait probablement amené d'autres axes de réflexion. Le manque de représentativité de l'échantillon est un facteur limitant important. En effet, les professionnels volontaires des CMP

étaient dans la majorité des cas, sensibilisés à la situation globale du public migrant. Certains avaient même une expérience passée ou encore actuelle dans des dispositifs spécifiques recevant des MNA.

En comparaison à des entretiens en groupe ou à des auto-questionnaires, la souplesse de l'échange en entretien individuel facilite la spontanéité, la liberté de réponse et la mise en lien d'idées. La réalisation d'auto-questionnaires aurait probablement amené un plus grand nombre de professionnels à participer à l'étude, car cela aurait alors été moins contraignant et engageant qu'un entretien individuel. L'anonymat total d'un auto-questionnaire aurait peut-être facilité l'expression du contre-transfert.

1. Un public entre plusieurs frontières

Le public MNA vient questionner les soignants. Les jeunes MNA sont perçus à la fois comme des enfants, des adolescents et de jeunes adultes. Ils sont à la frontière entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Duterte (2017) souligne ce paradoxe imposé aux MNA : ils sont mis à la fois à une place d'enfant (place qu'ils n'ont parfois pas pu expérimenter dans leur pays du fait d'une instabilité politique, de guerres, de violences intrafamiliales, etc.), et à la fois à une place d'adulte (attente d'une autonomie). Pour Duterte, la maturité observée chez ces jeunes est en réalité une « maturation post-traumatique ». Le doute quant à l'âge déclaré et l'âge réel n'est pas une problématique qui a été développée par les professionnels des CMP. Toutefois, il semble intéressant d'avoir en tête que l'éventuel décalage entre ces deux âges peut mettre le jeune en difficulté lors des entretiens : il pourrait essayer de masquer une maturité d'adulte, ce qui rendrait la situation d'entretien inconfortable ; il pourrait ne pas oser livrer tous les éléments de son histoire, le travail de lien en serait alors impacté.

Gaultier (2018) souligne que ces jeunes sont souvent en recherche d'une « posture de guidance, d'encouragement et de protection » auprès des adultes, et donc auprès des soignants. Selon lui, se tenir à disposition si besoin, peut être interprété par certains jeunes comme une forme d'incompétence ou d'indifférence à leurs besoins de soins.

Ces jeunes MNA sont également à la frontière entre deux mondes : celui de leur pays d'origine et celui du pays d'accueil, avec chacun sa langue et ses aspects culturels explicites et implicites. Ils ont derrière eux leur histoire dans leur pays d'origine et celle sur le trajet migratoire, et construisent sans certitude leur avenir dans le pays d'accueil. Parfois encore, la France peut n'être qu'une étape sur leur parcours migratoire. En santé, comme en politique, la question se pose : sont-ils mineurs avant d'être migrants ?

La question des liens a été très présente dans le discours des personnes interrogées lors de l'étude : les liens entre les professionnels principalement, mais également les liens entre l'ici et l'ailleurs, entre le passé et le présent, entre l'enfant et l'adulte en devenir.

Dans une démarche de lien, un professionnel questionnait l'appel à la famille. L'équipe du SEMNA (Secteur Educatif auprès des MNA) de l'ASE de Paris tente, lorsque le jeune est d'accord, d'appeler la famille restée au pays. Cela permet de travailler les différences culturelles, la relation parents-enfant, l'absence et le manque de la relation affective, la mise à distance des positions familiales quand celles-ci sont inadaptées (demande d'argent, Traite des Êtres Humains). Cela peut permettre de mieux comprendre les raisons du départ (Barbaux *et al.*, 2018).

Ces jeunes ont majoritairement des problématiques d'attachement, qui sont perceptibles dans la relation éducative : tout lien expose à un risque de rupture traumatique. Aussi, il peut exister un conflit de loyauté entre les travailleurs sociaux et les figures parentales (Leconte, 2017). L'appel à la famille restée au pays permet de travailler les places de la famille et des éducateurs autour du jeune. Cela amène parfois la famille à autoriser la relation éducative et l'investissement du pays d'accueil (Barbaux *et al.*, 2018).

Les places de chacun dans la relation éducative peuvent aussi être mises au travail en thérapie familiale de réseau. Il s'agit d'essayer de reconstruire une « enveloppe protectrice » autour du jeune, de donner des clefs de compréhension aux éducateurs référents sur le vécu du jeune et ses éventuels troubles du comportement. Cela permet de prendre en considération l'histoire potentiellement traumatique du jeune dans le cadre éducatif (Duterte, 2017). L'enjeu est de construire un environnement suffisamment sécurisé pour permettre aux jeunes MNA de grandir et penser leur avenir, là où « ni le groupe familial, ni le groupe culturel (...) ne peuvent fonctionner comme un contenant pour ces enfants » (Sironi citée par Leconte, 2014). Idriss rappelait qu'autant un adulte migrant est accompagné dans son projet migratoire, autant un MNA doit être « pris en charge » car il n'existe pas de projet migratoire, mais seulement des « rêves » et des « fantasmes » au temps de l'adolescence. La prise en charge a alors une fonction de « contenance psychique et de parentalisation », qu'il précise bien différente de la « parentalité » (Kourouma et al, 2021).

2. Langue maternelle et interprétariat

L'étude a soulevé une certaine appréhension des professionnels des CMP à solliciter de l'interprétariat. Certaines craintes rapportées dans l'étude sont retrouvées dans la littérature suisse : « la difficulté d'instaurer une relation privilégiée avec le patient, la perte de contrôle de la situation lorsque la signification d'une partie des échanges verbaux et non verbaux leur échappe, la perte d'information résultant des omissions, distorsions, déformations, banalisation de propos teintés

affectivement, et de la normalisation de propos incohérents » (Weiss et Stuker, 1998 ; nommés par Goguikian Ratcliff et Suardi, 2006).

Le passage d'une interaction en duel à une interaction en triade modifie les pratiques des professionnels et complexifie les échanges. Trois façons sont proposées pour travailler avec un interprète (Westermeyer, 1989-1990, cité par Bossuroy *et al.*, 2015) : le modèle en triangle, le modèle de la boîte noire et le modèle du « clinicien junior » (voir Annexe 4). D'autres auteurs et thérapeutes partagent leurs manières de travailler : prendre le temps d'expliquer sa façon de travailler à l'interprète avant la consultation, le placer à égale distance entre le patient et le soignant, expliquer à chaque début d'entretien que « tout ce qui sera dit sera traduit et sera confidentiel », anticiper un temps de reprise après la consultation pour permettre à chacun d'exprimer ses difficultés dans cette interaction à trois, mais également pour permettre à l'interprète d'élaborer autour de son vécu affectif, de donner des éléments de compréhension d'ordre culturel et avertir d'éventuelles maladresses dans les questions du soignant (Biétry et Afnaïm, 2008 ; Pinzuti, 2008). L'interprète peut se trouver en difficulté si l'histoire du patient vient résonner avec sa propre histoire et l'amène à devoir gérer en entretien sa propre implication émotionnelle et son devoir de neutralité (Goguikian Ratcliff et Suardi, 2006). Pour Mestre (2015), il est important d'avoir en tête que le processus de traduction de l'interprète peut être influencé par son histoire personnelle, son vécu migratoire, sa représentation de la situation et l'intérêt qu'il porte au patient. Dans ce contexte, certaines associations d'interprétariat proposent un espace d'analyse des pratiques pour les interprètes. Aussi, plusieurs associations dont l'ASAMLA et l'ISM, ont adopté en 2012 une « Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France » précisant leur déontologie, et notamment la confidentialité et le secret professionnel.

Dans la littérature, l'importance de la langue maternelle en entretien est soulignée par plusieurs auteurs, notamment Radjack et ses coauteurs (2019), Mestre (2015) et Baubet et Moro (2009). Comme cela a été rapporté par des professionnels interrogés dans notre étude, la langue maternelle est « nouée à l'affect » (Mestre, 2015). Parfois, utiliser la langue « d'accueil » permet au patient d'évoquer des sujets défendus dans sa culture ou sa religion, ou de mettre à distance une charge émotionnelle parfois traumatique liée à la langue maternelle. Une nouvelle langue ne renvoie à aucun souvenir du passé (Cote, 2021). Mestre (2015) appelle à la vigilance à la représentation d'une « hiérarchie des langues », transmis par « héritage postcolonial muet (dialectes/langue nationale) » ou d'un « républicanisme réducteur (langue locale/langue nationale) ». Elle souligne que le passage d'une langue à l'autre peut étoffer le travail d'élaboration, notamment en questionnant la polysémie de certains mots.

En plus de permettre et de faciliter la communication, l'interprète peut parfois prendre une place de médiateur culturel en apportant un éclairage culturel et expliciter les implicites, et ainsi aider le professionnel à se décentrer de ses propres représentations.

En cas de barrière de la langue manifeste ou non, l'absence d'interprète peut compromettre l'accès aux soins des patients (Radjack *et al.*, 2016). Un jeune francophone peut avoir appris le français dans le cadre de son parcours scolaire au pays, mais avoir pour langue maternelle, une langue différente. Son niveau de français peut lui permettre une communication informative, mais pourrait le mettre en difficulté en ce qui concerne l'accès au symbolique et la mise en mots de sa vie interne. Les non francophones peuvent, eux, être empêchés dans l'apprentissage du français car non disponibles intellectuellement pour mémoriser et intégrer une langue étrangère (Cote, 2021).

Autant la présence de l'interprète est importante, autant elle peut ne pas être suffisante si le patient présente un état de sidération en lien avec du psychotraumatisme. Dans ce cas, d'autres modalités de communication pourraient être imaginées d'un point de vue du langage non verbal (Hours, 2020).

3. La place de la culture dans les soins et la relation soignant-soigné

Comme soulignées par la quasi-totalité des professionnels interrogés dans l'étude, les représentations du jeune par rapport aux soins et aux maladies psychiques influencent son alliance dans les soins. Pour Gaultier (2018), la première étape de la rencontre avec un psychologue est de permettre une « translation culturelle » autour des soins psychiques. Il s'agit de trouver des ressemblances et des points de comparaison avec les manières, individuelles et culturelles du patient, de faire face et de calmer ses inquiétudes, ses angoisses et sa souffrance morale. Les capacités des soignants à « acculturer leur cadre ou à le métisser afin de produire les conditions concrètes et singulières d'une hospitalité psychique » contribuent à la rencontre et à la construction de l'alliance thérapeutique (Gaultier, 2018).

Le contre-transfert transculturel est l'ensemble des réactions explicites et implicites vécues par le soignant, face à un patient d'une autre culture. Il n'a pas été pleinement exploré dans l'étude. La relation soignant-soigné est nécessairement influencée par les différences culturelles, car, comme le dit Moro (2009), « les données culturelles sont des ingrédients de toute relation humaine ». Pour Devereux, ce contre-transfert est en lien avec les angoisses que suscite la confrontation avec l'altérité. L'altérité est, par définition, la « qualité de ce qui est autre ». Elle est vécue par le patient et le soignant. Dans notre étude, la confrontation avec l'altérité a été rapportée par plusieurs professionnels du secteur socio-éducatif, et décrite comme un frein à l'accès aux soins quand le

soignant la redoute. Son élaboration est nécessaire pour la construction de l'alliance, et doit passer tout d'abord par la reconnaissance du soignant de sa propre altérité (Moro, 2011). Pour Baubet et Moro (2013), « ignorer cette altérité, c'est non seulement se priver de l'aspect créatif de la rencontre, mais aussi de prendre le risque que ces patients ne s'inscrivent pas dans nos systèmes de prévention et de soins, c'est aussi les contraindre à une solitude, voire à une rigidification ». Ne pas considérer sa culture dans le travail d'élaboration peut venir isoler davantage le patient et mettre en péril l'alliance aux soins.

La prise en compte des différences culturelles et du biais de l'ethnocentrisme dans la réflexion clinique et diagnostique est importante. Baubet (2013) explique que « la psychiatrie ne se pratique pas dans un « vide » culturel ». Nier la différence culturelle entre le soignant et le soigné augmente le risque d'erreur dans l'évaluation clinique, allant jusqu'à des « misdiagnosis » (Radjack *et al.*, 2012). Le soignant pourrait en effet considérer comme pathologique des éléments ne l'étant pas : « Par exemple, l'évitement actif du regard de l'adulte par un enfant africain pourra-t-il être considéré à tort comme un signe d'inhibition, de retrait, de gêne relationnelle, alors que l'enfant ne fait qu'exprimer le respect dû à l'adulte, se comportant donc de manière culturellement conforme à la situation » (Baubet, 2013). Il ajoute que la culture, en plus d'influencer l'expression des symptômes, va influencer sur la manière dont le patient va considérer la gravité ou non des symptômes, et la nécessité ou non de les communiquer au soignant.

Alors que le racisme institutionnel serait plutôt observé aux États-Unis, en Europe, l'erreur diagnostique serait plutôt liée à un fonctionnement ethnocentrique (Bouaziz et Yeim, 2013). Devant les réflexions de certains auteurs quant à l'ethnocentrisme du DSM, un guide de formulation culturelle du diagnostic a été ajouté aux annexes de la quatrième version. Dans la cinquième version, est inclus un entretien de formulation culturelle avec une version pour les patients et une version pour les informateurs.

Aussi, les professionnels de santé doivent être vigilants à ne pas réduire chaque expression symptomatologique à une culture, ce que Moro (2011) appelle l'« excès du culturalisme ». Cela reviendrait à ignorer le contexte et la dynamique humaine.

La psychiatrie dans un contexte de différences culturelles entre le soignant et le soigné a été pensée et théorisée par différents auteurs et cliniciens. Se distinguent alors trois types de thérapies en ethnopsychiatrie :

- Thérapie intra-culturelle : lorsque le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture ; le thérapeute considère à la fois les troubles de son patient et les dimensions socioculturelles.

- Thérapie interculturelle : lorsque le thérapeute et le patient ne partagent pas la même culture, mais que le thérapeute connaît la culture du patient et l'utilise comme levier thérapeutique.
- Thérapie métaculturelle ou transculturelle : lorsque le thérapeute et le patient ne partagent pas la même culture et que le thérapeute ne connaît pas la culture du patient. Cependant, le thérapeute comprend le concept de « culture » et le prend en compte dans la réflexion clinique et thérapeutique.

La psychiatrie transculturelle, appelée souvent par défaut l'ethnopsychiatrie, repose, selon Devereux, sur deux principes : l'universalité psychique (chaque être humain possède le même fonctionnement psychique) et l'influence de la culture sur notre lecture du monde. Devereux mêle ses connaissances anthropologiques à sa pratique psychanalytique, utilisant les représentations culturelles comme des « leviers culturels ». C'est la méthode complémentariste (Moro, 2009). Nathan (2015) souligne que les étiologies médicales ne sont pas à placer sur le même plan que les étiologies culturelles. Les premières mettent fin aux recherches diagnostiques, tandis que les secondes sont à questionner. En consultation, il utilise son savoir-faire et ses représentations. Il ne cherche pas à imposer ses théories et explore celles du patient. Pour Moro (1998), les théories culturelles du patient ne sont pas fixées, elles sont une interprétation personnelle de représentations collectives. En consultation, Moro permet au patient l'élaboration des théories étiologiques multiples, et lui permet ainsi de s'appuyer sur ses différences ressources culturelles, pouvant être métissées (Sturm, 2005).

La consultation transculturelle est un dispositif théorisé par Moro, développé initialement à la Maison de Solenn à Paris, puis étendu dans d'autres villes de France. A Nantes, après avoir été une mission de l'association Médecins du Monde, les consultations transculturelles font maintenant parties intégrantes du CHU. Ce dispositif accueille des patients migrants ou enfants de migrants au sein d'un groupe de co-thérapeutes. Les équipes (de CMP, soins somatiques, ASE, etc.) peuvent faire appel aux consultations transculturelles quand la prise en charge de leur patient achoppe en lien avec des aspects culturels. L'objectif est d'aider le patient à faire des liens entre ses différentes représentations culturelles avec lesquelles il s'est construit, de son pays d'origine jusqu'au pays d'accueil. Chez les MNA, cela fait partie du travail de reconstruction psychique et identitaire (Radjack *et al.*, 2015). Le groupe est une façon de régler les problèmes dans certaines sociétés. Ce cadre contenant favorise la parole du jeune et du professionnel qui l'accompagne (Touhami *et al.*, 2015). Face à un groupe, le jeune peut s'autoriser à aborder des éléments traumatiques de son histoire, « sans craindre de « traumatiser » un interlocuteur unique » (Radjack, Baubet *et al.*, 2012). Il contribue à l'élaboration autour du contre-transfert culturel en évitant un trop grand investissement

ou la fascination du soignant face à des problématiques souvent complexes, notamment autour des expériences traumatiques. On parle de contagiosité du traumatisme.

4. Réflexions autour des troubles psychiques

La question des symptômes et décompensations psychotiques n'a pas été approfondie par les professionnels interrogés lors de notre étude. Toutefois, lorsque le professionnel avait recours à un exemple concret autour d'autres points de questionnement, le jeune présentait souvent une clinique d'allure psychotique. Les questions ne concernaient pas les symptômes en eux-mêmes, probablement car il s'agit d'une clinique à laquelle les professionnels de CMP sont régulièrement confrontés dans leur pratique.

Leurs réflexions concernaient essentiellement le psychotraumatisme. Les professionnels de CMP insistent sur leur prudence à aborder l'histoire potentiellement traumatique du jeune. Ils soulignent l'importance de respecter la temporalité psychique et le rythme du jeune dans sa prise de parole, mettant en avant la crainte d'un effondrement psychique du patient. Cette idée est partagée par Leconte (2014), qui ajoute qu'« il ne faut pas à tout prix vouloir supprimer les symptômes [d'ESPT] » car ils sont « un aménagement réalisé par la personne afin d'éviter l'effondrement total de son psychisme ». Le travail autour des ressources est un préambule nécessaire avant d'aborder les difficultés du jeune. Le soin passe ensuite par une écoute attentive dans un cadre contenant et dans le respect du « droit au secret » (Aznar-Berko, 2021).

Le jeune peut se trouver isolé, face à l'indicible de ce qu'il a vécu. Le soignant, lui, peut appréhender d'être confronté à un récit potentiellement très traumatique, non symbolisé, et vouloir s'en protéger. Dans son contre-transfert, le soignant peut être traversé « par les mêmes sentiments négatifs que le patient (faute, honte, dégoût, désespoir) ou par des vécus de fascination, de sidération, de fusion ou de rejet » (Leconte, 2017). Les éventuels troubles associés du jeune (troubles relationnels, d'attachement, de la personnalité, etc.) viennent amplifier les mouvements d'empathie, d'attachement ou de rejet chez le thérapeute.

Les plaintes somatiques ou les troubles du sommeil sont une porte d'accès fréquente au vécu traumatique. Ainsi, devant l'indicible, la médiation corporelle peut être un outil pertinent à travers des techniques psychocorporelles et de la relaxation (Gaultier, 2018).

Face à des expériences traumatiques graves, notamment lorsqu'ils impliquent un ou des agresseurs, le risque pour le jeune est l'identification à l'agresseur, la méfiance envers les adultes, l'émergence d'une violence, de mises en danger ou de délinquance (Duterte, 2017). Sans un « soutien spécifique et approprié », le jeune peut évoluer dans une hyper-adaptation jusqu'à une réaction brutale et inattendue de colère, de violence, voire d'hétéro-agressivité, devant un fait perçu

alors comme anodin. Duterte (2017) prend l'image de « grenades dégoupillées ». Les thérapies familiales de réseau, développées plus haut, permettent de remettre en lien les actes vécus et observés, et l'expérience traumatique passée. Poser un cadre éducatif n'ignorant pas le vécu traumatique permet de « mettre des frontières à l'agresseur qui sommeille dans le psychisme de ces jeunes victimes » et ainsi « diminuer la puissance d'identification à l'agresseur ». Cela revient à dire au jeune : « les agresseurs ne sont pas toujours les plus forts » (Duterte, 2017). Quand le procès de l'agresseur est impossible, le statut de victime peut être, d'une certaine façon, reconnu lorsque le jeune accède à un statut de réfugié après une demande d'asile.

Pour Aznar-Berko (2021), le parcours migratoire traumatique ne permet pas au jeune de faire le « travail d'historisation de son enfance propre à l'adolescence ». Reconstruire le « temps de la préhistoire de l'exil » avec le jeune peut permettre de ne plus se considérer uniquement comme victime mais voir sa part active dans le projet migratoire.

Le travail autour des deuils peut faire partie de la prise en charge de certains MNA. Souvent le processus de deuil est entravé par l'impossibilité de réaliser ou d'assister aux rituels autour de la mort, mais également par l'activation des logiques de survie (Kerloc'h, 2022). Denicola et Leconte (2016) notent que cette problématique de deuil intervient souvent lorsque les troubles du sommeil sont abordés. Leur travail consiste alors à « proposer des élaborations en lien avec les représentations culturelles du jeune et son vécu de la nuit ». Ce travail autour du deuil est essentiel pour pouvoir ensuite penser le monde des vivants et investir le présent.

5. L'instabilité, la colère et leurs incidences sur le jeune et les soins

Les professionnels ont relevé les difficultés de suivi dans la continuité du fait de l'instabilité géographique avec des changements fréquents de lieux d'habitation et donc de sectorisation.

Tout d'abord, Cote (2021) précise que l'insécurité vécue par les jeunes peut limiter l'émergence d'une demande d'aide, car « à la différence des urgences vitales qui exigent qu'on agisse tout de suite, les urgences subjectives demandent une certaine stabilité juridico-sociale. » Cela pourrait alors expliquer le faible taux de MNA suivis sur le plan psychique.

L'importance de la stabilité pour amorcer un travail psychothérapeutique, évoquée par plusieurs professionnels dans notre étude, est retrouvée dans la littérature. Hours (2020) parle de la « sécurité éprouvée », qui rend accessible le travail de narration et la restauration d'une intersubjectivité. L'insécurité externe vient résonner avec l'insécurité interne. Dans l'insécurité vécue, le jeune peut avoir des difficultés à mettre des mots sur ses maux et ainsi relater un récit discontinu, pas tout de suite compréhensible. Le premier soin revient alors à accueillir cette insécurité et apporter une écoute attentive et un soutien tout en supportant l'inconfort de ne pas tout comprendre (Hours,

2020). Pour Radjack et ses coauteurs (2019), la base du soin et de l'accompagnement réside dans la continuité.

La notion de **temporalité** a été évoquée à plusieurs reprises par les professionnels lors de l'étude, et notamment pour mettre en exergue le fossé entre la temporalité psychique (et dans le psychotraumatisme) et la temporalité socio-éducative et administrative dans laquelle le jeune est plongé. Son quotidien tourne autour des démarches administratives, la recherche d'un hébergement pérenne et d'un accompagnement adapté, l'anticipation du passage à la majorité, de son inscription dans une scolarité ou un parcours professionnel, etc. En prenant en compte les éléments de sa réalité externe, on permet au jeune de se représenter l'intérêt des soins dans l'accompagnement, la construction de son avenir et l'avancement de ses projets (Guessoum *et al.*, 2020). Si sa réalité externe n'est pas considérée dans le soin, le jeune privilégiera ce qu'il perçoit comme prioritaire, c'est-à-dire se loger, manger, travailler et avoir des papiers. Les liens avec l'éducateur référent permettent de donner une place à cette réalité.

Plusieurs professionnels dans notre étude ont évoqué la **colère** déposée par certains jeunes et l'importance d'accueillir cette colère pour la rencontre et le processus de soins. Il s'agit d'en faire une « énergie désirante » (Palazzi et Idir, 2021). La colère peut provenir d'un sentiment d'injustice et d'un vécu d'objet devant un parcours difficile et incertain vers une régularisation, l'exigence d'une intégration sociale, l'abandon de certains projets ou rêves, etc. Pour Duterte (2017), « la colère peut toutefois être préférable à la résignation ». Elle peut être également en lien avec des expériences traumatiques, comme nous l'avons abordé plus haut.

6. Faiblesse de la demande et fragilité de l'alliance

La majorité des professionnels de CMP dans notre étude ont évoqué les difficultés d'alliance de la part de jeunes patients MNA, qui étaient pour la plupart peu demandeurs de soins psychiques. Nous avons développé dans les précédentes parties certains éléments qui pourraient nous éclairer quant à leurs difficultés à s'inscrire dans une prise en charge en CMP. Tout d'abord, l'instabilité multiple et l'insécurité dans lesquelles ils évoluent ne permettent pas l'émergence d'une demande de soin psychique. Ils peuvent se sentir perdus face à notre système de soins, l'incompréhension pouvant amener à de la méfiance dans nos institutions. Les entretiens duels peuvent ne pas correspondre à leurs représentations du soin, parfois les persécuter voire les renvoyer à des expériences traumatiques de torture ou de soumission (Bossuoy *et al.*, 2018). L'interprète a alors toute sa place, dans l'apport d'une médiation culturelle et d'une réassurance pour le jeune. Aussi, certains jeunes peuvent lutter contre leurs affects tant la crainte d'un effondrement psychique est important et/ou l'obligation d'une intégration sociale est oppressante. D'autres, ayant menti sur la

véracité de leur minorité ou de leur isolement, peuvent redouter de se livrer et de perdre leur place dans le dispositif de la Protection de l'Enfance. Enfin, la majorité d'entre eux ont un parcours fait de ruptures et/ou de maltraitance. Pour eux, comme pour les adolescents autochtones ayant expérimentés les ruptures multiples, il peut s'avérer difficile de s'installer dans la continuité d'un suivi.

Les liens entre les acteurs de la prise en charge du jeune permettent de se représenter le jeune dans sa globalité et facilitent la mise en place des soins dans une continuité. Ce travail en réseau est abordé dans la partie suivante. Aussi, l'élaboration de nouvelles propositions d'accueil et de soins, issues de la créativité soignante, permet de favoriser la rencontre et l'alliance. Cela sera développé dans une autre partie.

7. Le travail en réseau

Les professionnels interrogés dans notre étude ont insisté sur l'importance du travail de lien avec les acteurs du réseau. On y retrouve principalement le dispositif éducatif dans lequel est accueilli le jeune, mais également le médecin traitant et les secteurs de soins somatiques, addictologiques et psychiques. Cela permet une continuité qui est la « base des soins et de l'accompagnement » (Radjack *et al.*, 2019). Le travail en pluridisciplinarité permet d'appréhender la clinique psychosociale (« trop social pour le psychologue, trop psychologique pour le travail social », Chambon *et al.*, 2016). Cela permet de redistribuer les rôles et de recouvrer un espace de pensée.

La place de l'éducateur est en première ligne, car il incarne les rôles de protection et d'accompagnement du jeune adolescent, répond à ses premiers besoins. C'est aussi lui qui va aider et accompagner vers des éventuels soins. Il est l'interlocuteur privilégié des soignants pour éclairer sur les enjeux administratifs et judiciaires du jeune, de ce qui se vit en dehors du CMP dans le lieu d'habitation, le milieu scolaire ou professionnel, dans les espaces collectifs, etc. Il est à souligner que les moyens alloués au suivi socio-éducatif des MNA sont moindres que pour les enfants issus d'un parcours classique de l'ASE. Les éducateurs sont les garants des démarches administratives et judiciaires des jeunes dans ce qui pourrait être assimilé à une course aux papiers avant l'atteinte de la majorité. Cette urgence, associée à la pression du rôle endossé dans l'aboutissement ou non de régularisation, laisse peu de temps et de disponibilité psychique aux éducateurs pour penser le soin psychique. Un professionnel éducatif de notre étude parlait du fossé entre les temporalités du secteur socio-éducatif et du CMP. Intégrer le travailleur social dans le suivi au CMP donne une place aux soins psychiques dans l'accompagnement global du jeune, et autorise ainsi le jeune à pouvoir s'y inscrire. Cela permet également de modifier le regard du travailleur social sur le jeune (Radjack, Coignac *et al.*, 2012).

Dans notre étude, la question du secret médical partagé a été évoquée par plusieurs professionnels éducatifs, gênés par une sensation de « *rétenction d'information* » rendant la communication difficile. Le secret médical partagé, intégré au Code de la Santé Publique, permet à des professionnels de santé participant à la prise en charge d'une même personne, d'échanger des informations la concernant. Ces informations doivent être nécessaires au bon déroulement de la prise en charge. Depuis 2016, le secret partagé est élargi à une liste de professionnels, où figurent notamment les accompagnants éducatifs et sociaux. Le patient doit être informé et donné son accord avant la transmission des informations. Le professionnel de santé peut refuser de partager des informations.

Plusieurs professionnels interrogés dans l'étude ont parlé de l'intérêt des soins hors du CMP. L'accompagnement éducatif du jeune peut avoir un effet thérapeutique (Leconte, 2014). Les sorties culturelles, sportives, ludiques, etc. peuvent être thérapeutiques également (Duterte, 2017). Nous évoquerons dans la prochaine partie les médiations thérapeutiques proposées sur les lieux de vie par des associations sur le territoire français. Parmi ces médiations, on retrouve des groupes de parole, comme l'avait suggérés un des professionnels de CMP dans notre étude.

8. Ce qui existe ici et ce qui existe ailleurs

Les professionnels interrogés dans l'étude déploraient l'engorgement des CMP avec des délais d'attente jugés trop longs avant une première consultation médicale et un défaut de souplesse. Certains professionnels évoquaient les difficultés d'adaptation dans l'accueil du jeune, et combien cela devenait un véritable frein à l'accès aux soins des MNA. Les professionnels des CMP s'en disaient également impactés dans leurs pratiques (manque de temps et de disponibilité pour les patients, les temps d'échanges cliniques et de lien avec le réseau, etc.). Cette saturation des CMP concerne les secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie sur l'ensemble du territoire national. Il existe également des freins budgétaires et des difficultés de recrutement des professionnels, et ce plus globalement dans le secteur sanitaire. Venet faisait le constat en 2020 de la psychiatrie française : « généralisation des pénuries, climat délétère, démotivation des équipes, extrême difficulté à se projeter dans un avenir institutionnel devenu incertain ». La pandémie mondiale de la Covid-19 a fragilisé la situation avec une augmentation des besoins et des demandes de soins en santé mentale dans les secteurs de psychiatrie et pédiatrie notamment (Santé Publique France, 2022).

Lors de l'étude, les professionnels ont été amenés à exprimer leurs idées d'amélioration pour favoriser l'accès aux soins psychiques des MNA sur le département de Loire-Atlantique.

Tout d'abord, il semble intéressant d'affiner notre connaissance du réseau existant. Lors de cette étude et lors d'échanges plus informels, il est apparu que le parcours et le réseau autour des MNA étaient peu connus par les professionnels de psychiatrie et pédopsychiatrie. Les rencontres et échanges avec plusieurs acteurs du réseau ont aidé à représenter les principaux partenaires, et notamment ceux que pourraient solliciter des professionnels de santé face à un patient MNA. Il semble qu'aucun des partenaires n'ait une cartographie précise du réseau. Dans ce contexte, un livret à destination des soignants de psychiatrie et pédopsychiatrie de Loire-Atlantique a été élaboré à partir de ce travail de thèse (voir Annexe 5). Il répertorie les principaux partenaires qu'il semble pertinent à connaître pour un professionnel de soins psychiques. Y sont figurés notamment le service MNA du département, les services d'interprétariat, la CRCT, le CRPT, les équipes mobiles et les espaces de soins dédiés au public adolescent. Le réseau autour des MNA est en réalité bien plus dense, puisqu'il comprend également les domaines administratifs et judiciaires, scolaires et professionnels, etc. ; mais ceux-ci sont majoritairement mobilisables par les travailleurs sociaux accompagnant les jeunes.

Un professionnel interrogé lors de l'étude interpellait quant à l'intérêt de se mettre en lien avec les professionnels ou bénévoles ayant éventuellement suivi le patient dans d'autres espaces. En effet, un jeune MNA peut avoir été suivi par une association avant la reconnaissance de son statut MNA et sa prise en charge par le Département. A Nantes, le programme MNA de l'association Médecins du Monde est composé d'une vingtaine de bénévoles. Il propose notamment des permanences d'accueil, une évaluation médicale et sociale, une orientation et un accompagnement vers les soins. Il est à destination des jeunes non reconnus MNA et non pris en charge par le Département, ou lorsque leur demande a été rejetée par le Département et/ou le Juge des Enfants. A noter que certains jeunes déboutés dans leurs démarches peuvent se retrouver dans une zone de flou juridique, où ils ne sont reconnus ni mineurs ni majeurs. Ils sont donc exclus à la fois de la Protection de l'Enfance et des circuits de prise en charge adulte. Cela peut également complexifier leur accès aux soins. Certains MNA peuvent avoir eu accès à des soins psychiatriques (individuels et groupales) dispensés par l'équipe du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) lors d'une éventuelle incarcération à l'Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs (EPM) d'Orvault (44).

Plusieurs dispositifs ont été imaginés et mis en place ailleurs sur le territoire. Certains sont rattachés à un Centre Hospitalier, d'autres émanent de propositions associatives et concernent essentiellement les jeunes non pris en charge par le département.

S'inspirant des consultations transculturelles de Marie-Rose Moro, un dispositif clinique et thérapeutique dédié au public MNA, la consultation NATMIE (Nouvel Accueil Thérapeutique des

Mineurs Isolés Étrangers) a été créée en 2015 au sein de la Maison de Solenn (Hôpital Cochin, Paris). Elle consiste en des consultations conjointes psychiatre-psychologue en présence de l'éducateur référent et d'un interprète-médiateur culturel (Guessoum *et al.*, 2020). A l'hôpital intercommunal de Créteil (région parisienne), les consultations transculturelles du service universitaire de pédopsychiatrie accueillent régulièrement des patients MNA. Les consultations se font en binôme (psychiatre et psychologue) mixte (homme-femme) et biculturel, et en présence du professionnel accompagnant le jeune et d'un interprète (Palazzi et Idir, 2021).

Une étude danoise (Jarlby *et al.*, 2018) s'est intéressée aux points de vue de jeunes MNA sur les soins de santé mentale qui leur avaient été proposés dans leur pays d'accueil. Les entretiens duels classiques étaient ainsi perçus par les jeunes comme des discussions centrées sur le négatif et sur leur passé difficile, avec un sentiment de stigmatisation et un risque de re-traumatisation. Lorsque le soignant proposait une alternative à l'entretien duel, la rencontre était vécue comme moins stigmatisante et les ressources du jeune étaient plus facilement mobilisées.

Enfin, l'utilisation de médiations a été évoquée dans l'étude. La question du groupe suscitait des avis mitigés. Les médiations par le « groupe » sont efficaces d'après la littérature (HAS, 2017). Le groupe permet de soutenir la création de nouvelles affiliations chez les jeunes MNA (Denicola et Leconte, 2016 ; Bossuroy *et al.*, 2018), de s'appuyer sur les ressources des autres, de « redonner l'envie d'appartenance à un groupe » (Bossuroy *et al.*, 2018). Cela permet également de « réhumaniser le lien à l'Autre adulte », alors perçu comme une figure pouvant être ressource (Aznar-Berko, 2021). L'association Hors la rue (2019) propose une approche interdisciplinaire associant des professionnels de santé aux travailleurs sociaux.

Les médiations, individuelles ou groupales, sont essentiellement utilisées comme support à la symbolisation psychique et à la narration du vécu et de son histoire par le jeune (Aznar-Berko, 2021). Elles amènent à faire des liens entre le passé et le présent, l'ici et l'ailleurs (Denicola et Leconte, 2016 ; Bossuroy *et al.*, 2018).

Les médiations de création artistique sont des appuis intéressants pour accéder à la symbolisation psychique. Comme le soulignent Denicola et Leconte (2016), « l'adolescence est l'âge du faire qui parfois se substitue à la parole ou même à la pensée, à la symbolisation ». Chez des jeunes MNA, la symbolisation de la pensée peut être entravée par des processus psychotraumatiques. L'art peut être un moyen d'expression lorsqu'il existe des barrières linguistiques, mais aussi culturelles (Gautier *et al.*, 2020). Cela peut passer par les arts plastiques (dessin, peinture, argile, etc.), l'écriture, le chant et la musique (Denicola et Leconte, 2016 ; Touhami *et al.*, 2017 ; Bossuroy *et al.*, 2018 ; Hors la rue, 2019).

Certains professionnels utilisent des objets flottants issus de l'approche systémique pour permettre de faciliter la rencontre. Par exemple, via le jeu de l'oie, le jeune fait le bilan de son parcours de vie et identifie les éléments difficiles et ceux protecteurs. Cela lui permet de « penser le présent, en prenant en compte le passé et leur parcours commun », et d'avancer dans le travail de construction identitaire (Bossuroy *et al.*, 2018). Dans la consultation NATMIE à la Maison de Solenn, les thérapeutes ont parfois recours au « circle test » : il est demandé aux jeunes de dessiner trois cercles représentant le passé, le présent et le futur ; de les commenter puis d'associer à chaque cercle un objet. Ces objets, « pensés comme des objets flottants », aident, voire permettent d'enclencher la narration (Minassian *et al.*, 2017).

Aussi, la médiation peut également passer par le corps, pour ces jeunes MNA chez qui les plaintes somatiques et psychosomatiques ne sont pas rares. Le corps est un élément fixe de l'exil, permet de faire le lien entre le passé et le présent, l'ici et l'ailleurs (Denicola *et al.*, 2019), entre le dedans et le dehors (Burloux, 2004). La médiation corporelle permet l'apaisement du corps et de la psyché, l'expression d'un vécu d'abord corporel puis émotionnel, voire à la narration du sujet.

Sur le territoire de Loire-Atlantique, plusieurs projets existent dans le secteur des soins psychiques. Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), créé par la loi de modernisation du système de santé français⁹ en 2016, a pour objet l'« amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ». En Loire-Atlantique, le PTSM 44 est composé d'une liste d'actions sur laquelle plusieurs groupes interdisciplinaires travaillent jusqu'à la signature d'un contrat avec l'Agence Régionale de la Santé (ARS) pour financer les projets imaginés. Un des groupes de travail est axé sur la prise en charge en psychiatrie des populations migrantes, dont font partie les MNA. Les professionnels du groupe de travail s'accordent à dire que la santé mentale des sujets migrants est une urgence au sein du département. Un projet, qui couvrirait Nantes, Saint-Nazaire et Châteaubriant, est en cours de discussion entre les professionnels et l'ARS.

En ce qui concerne l'addictologie, la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie (CPAM) de Loire-Atlantique a lancé un appel à projet pour notamment réaliser un recueil des consommations chez les MNA et améliorer la formation des professionnels prenant en charge au quotidien les jeunes.

⁹ Article 69 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, avec notamment l'ajout dans le Code de Santé Publique, de l'Article L.3221-2.

Conclusion

Le public des Mineurs Non Accompagnés, dans les soins en psychiatrie et pédopsychiatrie, amène à des réflexions et des questionnements riches autour de leur symptomatologie où la problématique adolescente se mélange à un parcours très souvent traumatique et des différences culturelles et linguistiques. L'accueil et la rencontre avec le soignant sont un espace où se vivent leurs représentations de la maladie et des soins psychiques, leurs incompréhensions des codes sociaux et du système de soins français, et leurs liens d'attachement. L'alliance aux soins en est alors fragilisée et menace la continuité du suivi.

Certains freins sont difficilement mobilisables par les professionnels du terrain : la saturation des CMP et l'entrechoquement de différents enjeux et temporalités (administrative et judiciaire, psychique, institutionnelle, etc.). Cependant, des leviers sur d'autres plans sont possibles : donner une place à la langue maternelle et faire appel à un interprète en entretien, considérer son contre-transfert et les différences culturelles dans la rencontre et la réflexion clinique (travail de décentrage, entretien de formulation culturelle du DSM-V, avis ou orientation vers la CRCT, etc.), privilégier l'« aller vers », les entretiens en binôme ou en groupe, proposer des médiations individuelles ou collectives, etc. Sur le territoire national et départemental, ainsi que dans la littérature, la créativité des professionnels de santé et des travailleurs sociaux aboutit à l'élaboration de dispositifs spécifiques et à des modalités de travail nouvelles (en binôme, en groupe, par l'intermédiaire de médiations, etc.).

Pour favoriser l'alliance et la continuité des soins, le travail de lien avec le réseau est essentiel : éducateurs, CMP, soins somatiques et addictologiques, école, entourage amical, mais aussi familial (en la nommant ou par des liens directs par téléphone). Ces liens sont essentiels pour libérer le jeune d'un statut parfois déshumanisant de « Mineur Non Accompagné », et en faire un adolescent « accompagné ». Une meilleure connaissance des partenaires au sein même du réseau permettrait de mieux accompagner les jeunes dans leur prise en charge. En ce sens, deux livrets à destination des soignants de psychiatrie et pédopsychiatrie et à destination des travailleurs sociaux ont été élaborés à partir de ce travail de thèse et de la rencontre de plusieurs partenaires du réseau. Outre une meilleure qualité des soins, le vécu des professionnels serait probablement différent si les liens et les échanges interdisciplinaires entre les différentes institutions et les secteurs de somatique, psychiatrie, pédopsychiatrie et addictologie étaient plus souples et plus fréquents.

Aussi, la question des moyens budgétaires nécessaires alloués par l'État à la psychiatrie et pédopsychiatrie, mais également aux dispositifs accompagnant les MNA, est un sujet de politique publique et un point pivot à l'amélioration de l'accès aux soins de ce public particulier, et particulièrement vulnérable.

Annexes

Annexe 1 : Illustration clinique

A. est un jeune MNA. Il quitte la Guinée à l'âge de 12 ans. Sa mère et sa fratrie sont restées au pays. Son père est décédé pendant son enfance. Après un parcours migratoire via le Mali, l'Algérie, le Maroc et l'Espagne, A. arrive en France. Il passe quelques mois à la rue avant d'être reconnu dans sa minorité et placé sous la Tutelle de l'État à l'âge de 13 ans. Il est hébergé dans un foyer de l'ASE. A 9 ans, A. perd une partie de sa denture lors d'un accident de la voie publique en Guinée. Ayant perdu son appareillage dentaire au cours de son parcours migratoire, un nouveau lui est confectionné en France et ne cesse de devoir être ajusté. Après deux ans d'accompagnement, l'équipe éducative s'inquiète de son état psychique et de comportements inadaptés, qui motivent un changement d'hébergement vers un foyer non mixte. A noter que l'équipe éducative se questionne aussi sur un décalage entre l'âge réel et l'âge déclaré : A. pourrait avoir en réalité deux ans de plus (il resterait toutefois mineur).

Son premier contact avec les soins psychiques se fait sous forme de rencontres avec le psychologue du foyer. A. y décrit un mal-être, des cauchemars et des douleurs somatiques. Un bilan somatique ne retrouve rien de particulier. Il refuse de débiter un suivi en CMP. L'équipe éducative rapporte des fugues et des alcoolisations, plus fréquentes pendant les périodes de vacances (périodes de « vide » au foyer). A. a tendance à s'isoler car il craint de consommer de l'alcool s'il sort. Les douleurs somatiques sont envahissantes et peuvent entraîner des comportements auto-agressifs (se taper la tête contre un mur devant des céphalées par exemple).

A. a 15 ans lorsqu'il consulte pour la première fois aux UMP. Il y est adressé par le 15 après une agitation majeure au foyer et des plaintes somatiques diverses. Le psychiatre des urgences rencontre un adolescent de bon contact et souriant, qui décrit une gêne importante autour de son nouvel appareillage dentaire (« mon appareil m'empêche d'être heureux »). On ne retrouve aucun élément délirant ni hallucinatoire, ni de syndrome dépressif. Des troubles du sommeil sont présents (difficultés d'endormissement, cauchemars). Une demande au CMP a été faite au préalable par le foyer mais l'équipe éducative déplore des délais d'attente trop longs. Le jeune et son accompagnant rentrent au foyer avec les coordonnées des psychiatres libéraux et le numéro des UMP.

Un mois plus tard, A. est adressé par son médecin traitant aux UMP pour des idées obsédantes autour de son appareillage dentaire, qu'il considère comme la cause de son mal-être. De la SERTRALINE et de la CYAMEMAZINE sont alors introduits. Dans l'intervalle a débuté un suivi psychiatrique au CMP pour « état psychotique avec agitation, affabulation ».

Quelques mois plus tard, A. change de foyer après une altercation avec un autre résident. Il est transféré dans un foyer hébergeant des jeunes de 16 à 18 ans (son âge déclaré est alors toujours

de 15 ans). Quelques jours plus tard, SOS médecin est appelé au foyer pour une agitation majeure et des troubles du comportement (violences verbales et jets d'objets). Aux UMP, les psychiatres qui rencontrent le jeune, lui trouvent une présentation immature et démonstrative. A. relie ses colères à ses difficultés d'élocution qui sont, selon lui, causées par un appareillage dentaire mal ajusté.

Six mois plus tard, A. se présente de lui-même aux urgences pour des douleurs aux membres. Devant un examen somatique rassurant, des bizarreries et des idées obsédantes évoquées aux urgences médicales, il est de nouveau orienté vers les UMP. Le psychiatre observe une décompensation délirante avec des hallucinations cénesthésiques et des éléments de négation d'organes (« du sang qui ne coule plus dans les veines », « jambe morte »). L'adolescent déclare ne consommer aucun toxique mis à part du tabac. Il est alors hospitalisé en secteur ouvert de psychiatrie adulte.

Après plusieurs fugues pour retourner au foyer, A. est admis en secteur fermé, puis en CSI. A. présente des éléments dissociatifs, des bizarreries de comportement et de fortes angoisses corporelles. Il dit être « possédé par un esprit ». Son état clinique s'améliore progressivement avec l'introduction d'un traitement antipsychotique par RISPÉRIDAL et l'ajout d'un traitement antidépresseur par DÉRIVAT. Devant une reconnaissance insuffisante des troubles et une ambivalence à la prise des traitements, l'équipe décide de faire un relai vers des injections intramusculaires retard de XEPLION. Sur le plan somatique, le médecin généraliste réalise un examen clinique qu'il juge rassurant, prescrit des bilans sanguins et radiographiques, et préconise des approches corporelles apaisantes. La souffrance psychique de A. semble s'exprimer par le corps, il pourra dire que « son corps est triste ». Dans le compte-rendu d'hospitalisation, le psychiatre pose avec précaution le diagnostic de schizophrénie, en ajoutant la possibilité d'une participation post-traumatique.

Un mois après la sortie, A. est hospitalisé pendant trois jours suite à une altercation violente avec un autre jeune, dans un contexte de consommation de cannabis. A. explique avoir voulu se défendre d'une tentative de racket. A noter, le contexte de confinement avec la pandémie débutante de la Covid-19. La promiscuité des jeunes dans le foyer est difficilement gérable d'après l'équipe éducative. Devant une augmentation de la prolactine au bilan sanguin, le XEPLION est remplacé par de l'ABILIFY MAINTENA. La sortie d'hospitalisation est organisée en concertation avec le foyer, qui décide d'un transfert du patient dans un gîte compte-tenu des tensions trop importantes au foyer. Cependant, A. fugue juste après sa sortie et se rend au foyer.

S'ensuivra pendant plusieurs mois une amélioration progressive de son état psychique avec une amélioration thymique, une diminution des angoisses et des plaintes somatiques. Les examens complémentaires sont rassurants et orientent vers une étiologie psychogène des symptômes. A.

reprend sa scolarité. Son projet professionnel prend forme, son éducateur référent dit que A. est impatient de travailler pour percevoir un salaire et gagner en autonomie. Sur le plan des soins, A. se rend à chacune de ses consultations au CMP, mais reste dans le déni de ses troubles et remet en question régulièrement son traitement psychotrope.

Près de dix mois après sa dernière hospitalisation, A. est de nouveau hospitalisé en secteur fermé via les UMP, pour des angoisses majeures dans un contexte de recrudescence des hallucinations cénesthésiques. Un point avec le médecin généraliste est fait. Il sort après cinq jours avec un traitement antidépresseur avec un versant antalgique (CYMBALTA). Le psychiatre souligne alors la problématique du devenir avec le passage prochain à la majorité.

En parallèle de son suivi au CMP, A. débute une prise en charge à la CRCT du CHU de Nantes. Le dispositif avait été sollicité par le foyer l'année précédente. A. avait alors été rencontré sur des consultations en binôme (2 psychologues de la CRCT), mais avait demandé à mettre fin à cette prise en charge après sa première hospitalisation. Il ne souhaitait pas multiplier les espaces de soin. Le dispositif de groupe est de nouveau sollicité devant la pertinence d'un étayage culturel en groupe en sus de l'accompagnement actuel (psychologue du foyer + psychiatre du CMP). Dès la première consultation, thérapeute et co-thérapeutes de la CRCT sont traversés par la participation post-traumatique à l'état psychique du patient. Ils se questionnent autour de violences vécues pendant le parcours migratoire, mais également avant la migration. Ils s'interrogent sur son lien avec sa mère et sur d'éventuelles carences affectives dans l'enfance. Ils décident de restreindre le nombre de co-thérapeutes et d'avancer sur la question psychotraumatique lors des prochaines consultations.

A l'aube de sa majorité, A. présente une dégradation clinique avec un fléchissement thymique, une recrudescence d'un discours d'allure délirant autour de son appareillage dentaire. Il est de plus en plus absent en cours. Il refuse l'hospitalisation proposée lors d'une consultation médicale au CMP. Devant la persistance de consommation de cannabis, une consultation en addictologie est proposée. Le psychiatre donne son accord par écrit pour la consommation de CBD à visée thérapeutique. L'évolution clinique par la suite est positive.

En parallèle, le suivi à la CRCT s'essouffle. A. annule plusieurs fois des consultations et, lorsqu'il s'y rend, l'équipe de la CRCT se heurte à des défenses massives et une inertie du travail d'élaboration. L'accès à la symbolique et aux affects est difficile. Les douleurs somatiques et les plaintes autour de l'appareillage dentaire reviennent sans cesse au premier plan et entravent les tentatives d'élaboration par le groupe. Certains co-thérapeutes sont traversés par un sentiment d'impuissance et la mise en échec systématique de ce qui est proposé. Finalement, A. met fin à la prise en charge à la CRCT après plus d'un an de suivi et quatre consultations honorées. Son suivi psychiatrique au CMP se poursuit. A. semble en lien et en alliance dans les soins. Cependant, il reste

réticent quant aux traitements et fait part à plusieurs reprises à ses éducateurs de son souhait de les arrêter.

De nouveau, une dégradation clinique est observée par les éducateurs et le psychiatre au CMP. Les douleurs somatiques sont au premier plan. Avec l'aide du psychiatre, A. peut faire le lien entre la recrudescence des douleurs somatiques et des angoisses, et l'enjeu majeur actuel de régularisation administrative qui rend la situation très incertaine pour l'année suivante. Le traitement antipsychotique actuel ne semble pas suffisamment apaisant : un switch vers de l'OLANZAPINE est acté.

A partir de ce cas, nous pouvons formuler plusieurs hypothèses diagnostiques en se basant sur le DSM-V. L'hypothèse d'un diagnostic de **schizophrénie (295.90, F20.9 d'après la CIM-10)** peut être évoquée, si nous donnons une valence délirante aux idées de « possession » et au discours autour de l'appareillage dentaire et des intentions qu'A. lui prête. Des hallucinations cénesthésiques sont présentes : sensation de circulation bloquée au niveau des membres, et peut-être la gêne au niveau de l'appareillage dentaire. Il existe une répercussion sur la vie quotidienne et son inscription dans son parcours scolaire. Les troubles durent depuis plus de six mois avec des périodes de rémission partielle. Les préoccupations somatiques prennent parfois des proportions délirantes, ce qui serait en faveur du diagnostic de schizophrénie d'après le DSM-V. Le manque d'*insight* du patient pourrait alors être perçu comme un symptôme de schizophrénie, plutôt qu'un mécanisme de défense. Aussi, nous observons que les décompensations semblent liées à des facteurs de stress (changement de foyer, passage à la majorité, enjeux de la régularisation). L'âge de début des troubles n'est pas discordant avec cette hypothèse diagnostique, ni la migration qui en est un facteur de risque. Le traitement antipsychotique est en accord avec ce diagnostic, son adaptation est pertinente. L'usage de toxiques est fréquemment associé au trouble schizophrénique. Ici, la problématique addictologique n'est pas suffisamment explorée pour permettre de différencier une utilisation nocive pour la santé (F12.1) d'un syndrome de dépendance (F12.2).

Parmi les autres hypothèses diagnostiques, un état dépressif caractérisé (F32) aurait pu être envisagé mais A. n'en remplit pas les critères hormis le fléchissement thymique et les troubles du sommeil. Les plaintes somatiques pourraient entrer dans un syndrome dépressif. A. ne remplit pas non plus les critères du diagnostic d'État de Stress Post-Traumatique du DSM-V (309.81, F43.10 d'après la CIM-10).

Toutefois, dans cette situation, il est important de prendre en compte les différences culturelles entre le patient et les cliniciens pour tenter de diminuer le biais d'ethnocentrisme de nos propres repères nosographiques. Par exemple, la notion de « possession » mise en avant par le patient et interprétée comme un élément délirant par les cliniciens occidentaux, pourrait faire partie

en réalité d'idées communément admises dans la culture du patient. Les deux termes de « plaintes/douleurs somatiques » et « hallucinations cénesthésiques » sont retrouvés dans le dossier médical pour parfois nommer ce qui semble être le même symptôme. Dans les cultures africaines, les douleurs physiques et les hallucinations peuvent faire partie d'un mode d'expression culturellement codé d'une souffrance psychique. La dichotomie corps-esprit n'est pas aussi marquée que dans la culture occidentale. Le contact peut également différer selon les cultures. Il n'existe pas d'équivalent direct avec une entité diagnostique du DSM-V.

Nous pourrions émettre l'hypothèse d'un diagnostic d'**État de Stress Post-Traumatique complexe**, tel qu'il avait été décrit par Baubet et Moro (2013). A. présente en effet un trouble de la régulation des affects (crises de colère, comportements auto-agressifs, mises en danger, etc.), des somatisations majeures, une relation aux autres altérée (méfiance, hétéro-agressivité) et un certain désespoir (recherche perpétuelle et infructueuse d'apaisement de ses douleurs et du « bon » appareillage dentaire). Il a également présenté un épisode dissociatif transitoire lors de la première hospitalisation. Devant ses éléments, l'orientation vers le dispositif de consultations transculturelles était pertinente. Les défenses massives du patient au travail d'élaboration proposé par le groupe, et ce malgré les adaptations du dispositif, n'ont pas permis son efficacité. Le processus d'élaboration est comme suspendu, impossible. Peut-être est-ce en lien avec des mécanismes de survie encore activés (Hours, 2020) en lien avec un passé traumatique pré-, péri- et/ou post-migratoire ? A. se plaint de difficultés d'élocution : y a-t-il une part d'« indicible » dans sa souffrance ? La parole et la symbolisation n'étant pas accessibles pour le moment, il pourrait être intéressant de proposer au patient d'autres supports d'expression des émotions et des angoisses (créations artistiques, approches corporelles, balnéothérapie, etc.). Intégrer des médiations en séances collectives permettrait à A. de travailler les relations avec ses pairs, de retrouver une place au sein d'un groupe. L'idée de réaliser ces médiations au foyer avec des pairs partageant des similitudes dans leur parcours et leurs enjeux actuels, permettrait à A. de plus facilement trouver sa place et des appuis dans les ressources des autres. La poursuite du suivi psychiatrique au CMP et le maintien de liens avec les travailleurs sociaux sont indispensables. Il pourrait être intéressant de travailler autour de la petite enfance (liens avec la mère, deuil du père), mais aussi d'éclaircir les raisons du départ. S'agit-il d'un jeune mandaté sur qui pèse la pression d'une réussite sociale et économique ? L'appel à la mère serait-il envisageable ? Aussi, le travail avec un interprète pourrait favoriser l'expression des émotions et prendre une place de médiateur culturel. Il convient de garder en mémoire qu'A. est parti à un âge précoce et n'a peut-être pas pu assimiler tous les pans de sa propre culture. Peut-être est-il démuné face aux réponses que pourrait apporter sa culture à sa souffrance et ses troubles actuels ? Il n'est pas exclu que la CRCT soit de nouveau sollicitée à un autre moment du suivi.

Annexe 2 : Les 3 formats des guides d'entretiens semi-dirigés

Professionnels des CMP ayant déjà pris en charge des MNA en CMP

Vécu et représentations	Comment avez-vous personnellement vécu les prises en charge de jeunes MNA ?
Alliance aux soins du jeune	Comment avez-vous perçu l'alliance du jeune aux soins ?
Barrière de la langue	Comment avez-vous composé avec une éventuelle barrière de la langue ?
Différences de culture, de croyances et de religions	Comment avez-vous composé avec les éventuelles différences de culture, de croyances et/ou de religion existantes entre le patient et vous ?
Questionnements diagnostiques et thérapeutiques	Comment s'est déroulée votre réflexion autour de la clinique et du projet de soins ?
	Quelles pourraient être les ressources extérieures à solliciter face à une situation complexe ?
Travail de lien	Comment se sont organisés les liens avec les partenaires gravitant autour du jeune MNA ?
Quelles pistes d'amélioration pourriez-vous suggérer ?	

Professionnels des CMP n'ayant jamais pris en charge de MNA en CMP

Vécu et représentations	Comment vous représentez-vous une prise en charge d'un jeune MNA au sein d'un CMP ?
Alliance aux soins du jeune	Comment percevez-vous l'alliance de ces jeunes aux soins ?
Barrière de la langue	Comment composer en entretien en cas de barrière de la langue ?
Différences de culture, de croyances et de religions	Comment composer en cas de différences de culture, de croyances et/ou de religion entre le patient et vous ?
Questionnements diagnostiques et thérapeutiques	Quelles pourraient être les ressources extérieures à solliciter face à une situation complexe ?
Quelles pistes d'amélioration pourriez-vous suggérer ?	

Professionnels des dispositifs associatifs de Loire-Atlantique accueillant des MNA

Identification des besoins en soins psychiques pour un MNA	Comment repérez-vous les besoins de soins en santé mentale pour un jeune MNA ?
Vécu et représentations	Comment avez-vous vécu l'orientation et l'accompagnement d'un/de jeunes MNA lors de soins en CMP ?
Alliance aux soins du jeune	Comment avez-vous perçu l'alliance du jeune aux soins ?
Particularités du public ?	Quelles sont, selon vous, les connaissances et/ou problématiques des jeunes MNA à avoir en tête lors d'une prise en charge en CMP ?
Travail de lien	Comment se passent les liens avec les équipes des CMP ?
Quels sont, selon vous, les facteurs facilitants à un suivi en CMP d'un MNA ?	

Annexe 3 : Quelques citations issues des entretiens individuels

Citations	Secteur du professionnel
<u>1. Un public qui questionne</u>	
« Il y a des moments comme ça ou en fait, on voit l'enfant. Ils sont là avec des parcours pas possibles, une autonomie et puis tout à coup, on voit le petit enfant qui a plus ses parents. Et ça, moi, je trouve ça complètement bouleversant. »	CMP
« Le MNA, il n'y a personne qui peut le raconter. Et on sait bien que c'est très important en pédopsy de pouvoir raconter, la place de l'histoire est importante. Comment là, dans cette situation-là, on pourrait travailler l'histoire ? »	CMP
« Même si on fait attention à pas les catégoriser trop petits quand ils ont déjà vécu des choses d'adultes, mais en même temps, quand ils sont ici, ils peuvent s'autoriser à vivre des choses de jeunes. Et de toute façon, physiologiquement, ça c'est universel, ils sont traversés par un corps qui change, qui bouge, pour tous les jeunes. »	Educatif
« Alors, est-ce que c'est en partie des représentations à moi et puis ce qu'ils montrent aussi... C'est des jeunes adultes, quoi. Il y a un vécu tellement décalé avec les adolescents relativement confortables de France, même s'ils ne vont pas tous bien, mais quand même... On les prend un peu comme des jeunes adultes. Et puis, la question de l'âge aussi qui se pose des fois... âge déclaré, âge réel. »	CMP
« En fait, c'est des mineurs mais c'est des adultes qu'on reçoit. C'est des jeunes qui ont été obligés de s'assumer pendant toute une partie de leur parcours, sans compter sur un référent adulte. Et d'ailleurs, c'est une des questions que de refaire confiance à des référents, en sachant que parallèlement ils ont une inertie administrative et de la justice. »	CMP
« C'est là qu'on voit des petits adultes. Je veux dire, je n'ai jamais vu de présentations un peu nonchalantes d'ados immatures. »	CMP
« Quand on a un jeune qui est en rupture de lien avec un ou deux de ses parents, on essaie quand même de savoir, de chercher, on passe des coups de fils, on envoie des courriers... Là, je ne me suis pas posé la question en fait, pour les jeunes-là, qui ont voyagé, qui ont fait des milliers de kilomètres. Alors souvent parce que j'avais quelques infos soit par eux-mêmes, soit par les gens qui accompagnaient mais je n'ai pas eu le réflexe de dire : « Je vais essayer d'appeler en Guinée » par exemple. Ça doit plus compliqué, mais pourquoi pas. »	CMP
<u>2. La demande de soins en CMP</u>	
« Des fois, il ne sait pas vraiment pourquoi il est là en fait. Même s'il a entendu et sans doute qu'on lui a déjà répété l'intérêt de venir ici. »	CMP
« Des parents pourraient en l'occurrence obliger leur ado, mais pas des éducateurs sur des jeunes comme ça. Quand ils viennent c'est qu'il y a quand même une forme de demande. Mais par contre la demande, elle est souvent autour de troubles du sommeil, ils viennent pour un truc quoi. Des somatisations en fait, même si je suis psychiatre, c'est quand même quelque chose qui vient... »	CMP
« Les éducateurs témoignent de ça, que ça fait des semaines et des semaines qu'ils travaillent la demande avec le jeune pour que, finalement il accepte de venir. Qu'il y en a d'autres qui auraient besoin mais qui ne viennent pas. »	CMP

<u>3. Une alliance fragile aux soins</u>	
« Un jeune qu'on reçoit ici avec sa famille pour une plainte de l'école, etc., très vite on peut l'orienter sur un groupe, une psychothérapie individuelle, puis on garde un suivi en famille. La famille porte le suivi. Là, on est dans quelque chose de déjà construire une alliance, c'est très long et très difficile. »	CMP
« C'est dans leur problématique de pas forcément venir, de pas se saisir forcément des choses. »	CMP
« Une alliance un peu difficile, pour pleins de raisons différentes. Je pense qu'il y a leur parcours traumatique, le fait qu'on leur demande de venir seul alors qu'ils ont peut-être encore besoin d'être portés par l'institution, l'association qui les amène. »	CMP
« Comme pour des autochtones d'ici, être dans le lien, c'est justement être dans la rupture. Mais ça fait partie de leur histoire, c'est comme ça qu'ils se sont construits, donc ils vont être dans la rupture. Et c'est comme ça qu'eux, ils se repèrent dans leur manière d'être au monde. Et c'est là où ils en sont. Mais finalement, ça n'a rien à voir avec le fait qu'ils soient étiquetés « MNA », c'est une histoire de vie... »	Educatif
« C'est des jeunes aussi qui ne comprennent pas très bien le système français et qui sont un peu perdus face à ce qu'on leur propose, nous ici. »	CMP
« C'est tout un monde qu'ils découvrent, et dans ce monde, il y a encore pleins d'autres mondes à découvrir. [...] Ils sont dans la survie, qu'ils soient accueillis quelque part. Et ça leur échappe totalement. Et puis même si on leur disait, ce serait de l'irreprésentable pour eux. »	Educatif
« Et du coup, c'est aussi un public où on se doit d'être dans de l'aller vers, parce que je pense, ils sont aussi aux prises avec d'autres référentiels, avec d'autres formes de médecine aussi et de croyances. Et du coup, ça ne s'inscrit pas comme dans notre culture que d'aller dans un CMP, d'aller voir un médecin, d'aller voir un psy. »	Educatif
« Aussi parce que c'est un public, pour certains, qui ne connaît cette forme de prise en charge et dont on va accrocher dans l'informel. [...] Et c'est parce que je pouvais avoir cette souplesse là qu'on a pu ensuite basculer dans un cadre un peu plus formel. »	Educatif
« S'il y a pas de souplesse, on perd les jeunes »	Educatif
« Et il m'avait dit « mais tu payes pour parler ? ». Je lui avais dit « on peut le voir comme ça » et il m'avait dit « mais t'es un ouf, toi ». Bon après, ça aurait pu être, pas forcément un MNA qui m'aurait dit ça, mais là en l'occurrence, je trouvais que c'était très représentatif d'où on partait chacun, et le chemin qui allait pouvoir se faire. »	Educatif
« Moi, je contacte en général assez vite les éducateurs après coup pour savoir effectivement dans la réalité où est-ce qu'on en est de cette procédure administrative, parce que c'est ce qui engage la suite. Et c'est aussi ce qui engage leur alliance thérapeutique, leur capacité à dire ou pas dire. »	CMP
« Ne serait-ce qu'une confiance en un adulte du pays dans lequel on est. Que c'est possible d'être en alliance, qu'on n'est pas forcément toujours un étranger. »	CMP
« Ce qui est conditionné pour l'alliance, c'est l'accueil. Et l'accueil, c'est la rencontre. »	Educatif
« Pour tout le monde, si on se rend dans un endroit qu'on comprend pas trop, qu'on ne sait pas ce qu'on attend de nous, que c'est plus malaisant qu'autre chose... Je veux dire, moi aussi, je n'y retourne pas. »	Educatif
« Qu'on vienne d'ici ou d'ailleurs, et le cadre, il est toujours à ajuster à chaque patient. »	Educatif

<u>4. La question de la langue</u>	
<i>« Sur ces jeunes-là, il n’y avait pas trop de questions de langue. C’est-à-dire qu’il parlait un français qui était correct, donc il n’y avait pas cet obstacle-là. »</i>	CMP
<i>« Il parlait un peu français mais je ne suis pas sûre qu’il ait tout bien compris. »</i>	CMP
<i>« Parler dans une autre langue de ce qu’on vit au niveau de ce qui est de la vie psychique, c’est quand même plus compliqué, même s’il parlait bien. »</i>	CMP
<i>« Certains jeunes parlent français mais on sait bien aussi que le langage émotionnel, c’est quand même la langue maternelle. »</i>	Educatif
<i>« C’est plus compliqué, et j’ai l’impression encore plus en psychiatrie adulte. Peut-être qu’il y a encore une forme de tolérance à adapter quelque chose en pédopsy. En psy adulte, peut-être un peu moins. »</i>	Educatif
<u>5. L’influence des différences culturelles dans le soin</u>	
<i>« Il y a toutes leurs représentations culturelles qui sont importantes à prendre en compte, de pas les brusquer, de pas vouloir non plus être dans une vision européenne-centrée. »</i>	CMP
<i>« Je trouve que le mot « transmission » est important [...] Ce sont des jeunes qui sont dans une rupture de transmission, de leur récit de vie, de ce qu’ils ont reçu ; et qu’un des enjeux du soin, c’est de rétablir cette chaîne de transmission. Des fois, on est le premier réceptacle de cette chaîne de transmission, de ce qu’ils vont pouvoir m’apprendre sur une partie de leur histoire à eux, ou même avant ça, sur l’histoire de leur pays, la géographie de leur pays, par où ils sont passés, les valeurs qui étaient importantes pour leurs parents, comment ils ont été élevés. »</i>	CMP
<i>« Vraiment faire des entretiens d’exploration de leur culture. Déjà pour aussi faire du lien, c’est hyper important parce que c’est des jeunes qui sont déracinés. »</i>	CMP
<i>« J’ai l’impression d’avoir vu un être complètement... on ne savait même pas s’il était mineur ou majeur, sans passé sans avenir, suspendu quoi... et au fur et à mesure, je le voyais replanter ses racines dans de la terre parce qu’en même temps, il tendait un peu vers des projets. »</i>	CMP
<i>« Ce qu’on remarque c’est parfois, parfois on nous renvoie qu’on ne sait pas si c’est plutôt culturel ou pas. [...] Ou des médecins qui se posent cette question-là : est-ce que je peux prendre en charge ce jeune étant donné que je ne connais pas bien cette spécificité-là ? On sent qu’il y a des médecins qui bottent en touche, ils ne nous le disent pas clairement mais on ressent bien que la difficulté est à ce niveau-là. »</i>	Educatif
<i>« Je pense qu’il y a une représentation que ce public qui vient d’une autre culture, alors il y a quelque chose forcément de l’ethno et que peut être un CMP lambda ne pourrait pas répondre, ne peut pas prendre en charge... Comme si tout relevait du culturel. Ce qui en fait est assez arrêté. Parce que dans la réalité, oui bien sûr il y a du culturel, mais pas que. »</i>	Educatif
<u>6. Les réflexions autour des pathologies psychiques</u>	
<i>« Ils sont dans des âges où en effet l’émergence de la psychose, c’est ces âges-là. La question de la psychose se pose aussi chez ce public. Même si peut être la compréhension de leur propre pathologie psychiatrique ou psychique se fait parfois par le prisme d’une croyance ou d’une culture, mais en soit, la folie est présente dans toute culture, dans tout pays. »</i>	CMP
<i>« Traumatique, psychotique, addiction... Je ne savais pas trop par quel bout le prendre. »</i>	CMP
<i>« Je n’avais pas pu trop reprendre son histoire car c’était hyper traumatique... Donc on était revenu un tout petit peu là-dessus mais sans plus. »</i>	CMP

« Je fais plutôt attention à ne pas aller sur des terrains où il va s'effondrer et où je vais avoir du mal à le récupérer en consult. »	CMP
« Un parcours migratoire, ça introduit des évènements, des éléments plus dramatiques et moins habituels pour nous, qui font que ça prend un peu de relief »	CMP
« J'entends que pour les jeunes qui relèvent du post- traumatique, et c'est peut-être un peu plus fréquent avec ce public parce qu'on sait que le parcours migratoire peut être traumatique, la traversée est un moment aussi très particulier, et parfois il y a des traumas anciens... Donc effectivement, sur la prise en charge du trauma, peut être que là c'est un peu plus spécifique à ce public. Après il n'y a pas que chez les immigrés qu'il y a du trauma. Donc on sait faire aussi. »	Educatif
« C'est quand même la complexité de ce qu'ils ont vécu, du côté du trauma et de l'arrachement; la question de la langue, la culture, qui introduit une difficulté supplémentaire »	CMP
<u>7. L'instabilité</u>	
« Et donc, avec des jeunes qui, quand ils changent de services, changent parfois de lieux d'hébergement et donc, ne sont plus sur le secteur et donc, ça vient effectivement compliquer beaucoup les choses. »	Educatif
« C'est par si clair que ça. On a besoin de réponses. J'ai été chercher les réponses auprès des associations en question, ou c'est le jeune qui me parle. Il peut me raconter ce qu'il pense en être un peu de son parcours administratif, par rapport à la demande d'asile, ou la procédure on va dire. C'est toujours les mêmes inquiétudes qui reviennent sur l'âge qui avance.»	CMP
« Surtout qu'il y a un arrière-plan avec toutes les questions de régularisation. Il y a quand même beaucoup de choses qui les parasitent. Ils ont leurs questions d'adolescent, ils ont leurs questions au niveau psychique lié à l'exil, mais ils ont aussi toute cette question administrative... Ça fait beaucoup mentalement pour eux. »	Educatif
« Souvent j'ai été dans cette question de comment les aider à reprendre de la prise en main sur leur vie, du pouvoir sur leur vie. Et ça en fait, on peut éventuellement le penser dans le quotidien, mais il y a plusieurs situations où on ne peut pas être dans des projections à moyens ou à long terme parce que ça dépend pas d'eux. Donc ça risque de les renvoyer au contraire à un vécu d'impuissance, un vécu d'objet. »	CMP
« Ce que j'ai vu sur plusieurs d'entre eux, c'était la question de pouvoir ça serait dans une formation, c'est essentiel. La résilience, je trouve qu'elle passe par ça. Ça leur donne une place dans la société. »	CMP
« C'est sûrement des jeunes pour lesquels, moi, je vais être vigilant à la question de la séparation, du relai, de la fin. »	CMP
« Ils sont souvent très en colère quand ils viennent ici. Ils sont en colère contre un pays qui ne les accueille pas ou qui les répare pas non plus, je pense. On leur doit beaucoup de choses souvent. D'une façon, ils sont en colère contre l'éducateur parce que l'éducateur, il leur ne donne pas les bonnes réponses. »	CMP
« C'est important de les accompagner quand ce n'est pas stable, car ils sont tellement en colère. C'est important de recueillir ça, et de reconnaître qu'effectivement c'est très difficile à vivre comme situation, très injuste. Mais c'est vrai que le travail va changer quand même de dimension, à partir du moment où ils savent qu'ils peuvent s'inscrire dans quelque chose, et pour ça, les papiers, c'est important. »	CMP
« Quand des jeunes sont dans l'agressivité, ou dans des comportements qui les ont mis en difficulté avec la justice, on ré-envisage de travailler avec les émotions, la colère, le passage à l'acte avec un psychiatre ; et souvent, c'est plutôt bien accueilli. »	Educatif

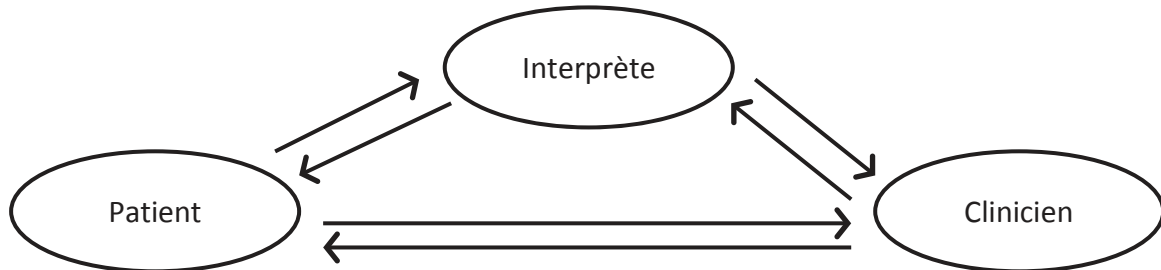
« C'est bien légitime, ça en passe parfois, parce qu'ils s'autorisent quand même peu à se mettre en colère par exemple, parce que, je pense le poids d'une intégration, le poids d'une légitimité et en France, et parce quand même ils sont très nombreux à avoir très peur que la prise en charge s'arrête à 18 ans. [...] C'est là où ils sont majoritairement très silencieux, ce qui moi m'inquiète. »	Educatif
« Et quand ils s'autorisent à être plus bruyant, c'est beaucoup plus compliqué pour l'institution de les prendre en charge. Alors qu'ils ont quand même toutes les raisons d'être en colère, et que c'est plutôt sain qu'ils soient en colère. »	Educatif
8. Les professionnels de CMP dans la relation soignant-soigné	
« De toute façon, soit ça séduit, soit ça peut susciter l'horreur, ça peut susciter le dégoût, ça peut susciter le rejet, soit ça fascine... Tous ces éléments transférentiels, ça demande de les mettre au travail. »	Educatif
« Franchement, c'est étrange la relation qu'on construit avec les MNA, je trouve. »	CMP
« On ne se sent pas trop compétent là-dedans, on sait pas dans quoi on va, on a peur de se rencontrer soi-même, on a peur de découvrir nos manques. »	Educatif
« Il faut que les professionnels aient envie de tâtonner, il faut être d'accord avec ça, de pas savoir. »	Educatif
« MNA, c'est une spécificité. Dans le parcours de l'individu, c'est vrai qu'il y a quelque chose de singulier et à la fois, non. A la fois, il ne faut pas les enfermer dans le statut forcément et donc, l'idée, s'ils peuvent s'inscrire de travail régulier de thérapie, d'entretiens, moi je les reçois comme n'importe quel autre patient. »	CMP
« C'est vrai que j'ai souvent eu le sentiment de pas du tout répondre assez, ou de façon ajustée. »	CMP
9. L'importance du travail en réseau	
« Peut-être qu'il nous faudrait travailler plus avec les gens qui sont avec le jeune, qui le voient au quotidien. Eux, ils vont trouver des solutions au quotidien, pour communiquer, pour se faire comprendre et que le jeune ait la sensation de se faire comprendre aussi. »	CMP
« Je pense qu'il faut croiser nos regards. Ça ne diminue pas du tout les compétences et l'expertise du psychiatre. »	Educatif
« La psychiatre fait des temps avec lui, puis nous introduit dans l'entretien. On fait une sorte de tripartite. Elle vient aussi nous interroger sur comment il va, elle parle de ***, elle fait vivre l'association. C'est vraiment le fait qu'on communique. Pour lui, ça a du sens aussi, ce n'est pas morcelé. »	Educatif
« Avec les CMP, moi, quand je les avais eus au téléphone, c'est avec une infirmière, j'avais un peu discuté. Bon, il y a la question du secret médical quand même beaucoup. [...] Donc je pense que ça, ça vient mettre un rapport, un prisme qui est fondamentalement différent qui fait que la communication parfois, peut-être un peu plus hasardeuse. »	Educatif
« Mais c'est pareil, comme tout accompagnement, et là pour le coup, que ce soit dans l'éducatif ou le soin, il s'agit de la même chose, il faut pouvoir avoir suffisamment de temps de rencontre avec le jeune pour pouvoir ensuite l'orienter. »	Educatif
« Je pense que c'est plutôt le service, l'association qui a fait des efforts vers l'hôpital pour faire du lien entre la ville et l'hôpital. »	Educatif
« On se retrouve à jongler en permanence. Avec nous qui essayons de bricoler pour travailler du lien. Et travailler une adhésion aux soins, mais à quels soins parce que ça se renvoie la balle ? Et nous, on n'a même pas un discours cohérent pour le jeune. Je pense que c'est pas sécurisant en fait, de pas savoir dire tu vas aller plutôt rencontrer tel professionnel, tu vas	Educatif

<i>plutôt... »</i>	
<i>« On sent que les médecins généralistes trouvent peu de relai auprès de la psychiatrie. On sent qu'il n'y a pas beaucoup d'échanges et c'est dommage parce que probablement que ça faciliterait la vie à tout le monde en fait, en tout cas en terme d'éclairage clinique. »</i>	Educatif
<u>10. Les limites du CMP</u>	
<i>« Souvent les délais d'attente, c'est très très long. Donc le jeune, dans sa notion du temps... Déjà ils sont sur un temps suspendu de par leur situation administrative. Donc je pense que même au moment où d'un coup il y aura une place, ce n'est même pas sûr qu'il s'en saisira. »</i>	Educatif
<i>« On l'a toujours en tête, ne serait-ce que par rapport aux papiers, par rapport à l'âge de prise en charge. On est dans des temporalités qui sont tellement courtes ou incertaines, par rapport à d'autres jeunes aussi de la Protection de l'Enfance. »</i>	Educatif
<i>« Et je trouve embêtant qu'il n'y ait pas de réponses possibles à une crise. Et qu'il n'y ait pas un réel travail autour de la crise, parce que souvent on se rend compte qu'elle peut être apaisée, avec quelques consultations. Il n'y a pas forcément besoin d'entrer dans une thérapie. On sent que ponctuellement, on peut accompagner un peu. »</i>	Educatif
<i>« Et comme il y a peu d'adaptabilité du CMP, liée aussi au fait qu'il soit saturé, on comprend bien. Mais du coup, comme il s'adapte peu, très vite, on arrive à une rupture dans le soin. »</i>	Educatif
<u>11. Les suggestions d'amélioration des professionnels</u>	
<i>« Je ne sais pas si on se rend compte, s'il y en a tant que ça des MNA dans le soin. Est-ce que ça justifie que chaque équipe se forme ? »</i>	CMP
<i>« C'est des jeunes qui ont besoin de voir un psy, j'ai envie de dire au besoin et à la demande. Et quand je dis « à la demande », ce n'est pas péjoratif, dans une approche consommatrice comme pour tout le reste aujourd'hui. Non, c'est vraiment, je trouve que c'est lié aussi à la temporalité du jeune.»</i>	Educatif
<i>« La question de la souplesse dans l'accueil et d'avoir du temps pour accompagner un jeune à l'extérieur. Après, je ne sais pas si ça rentre dans le cadre du CMP mais en tout cas, moi ça m'avait paru important pour créer l'alliance. Est-ce qu'il faut plus d'éducateurs ? Ça, je sais pas.»</i>	CMP
<i>« Il y a quand même de connaissances à n'avoir sur pas mal de plans, sur le plan culturel, sur le plan administratif, juridique... Il faut pouvoir en parler en entretien. Il faut que ce soit inclus dans un travail d'entretien comme celui-là, ça me paraît important. Il faudrait une formation particulière. Des gens de Paris par exemple, qui ont beaucoup plus l'habitude. Quelqu'un de l'extérieur. »</i>	CMP
<i>« Etre plus en lien avec d'autres collègues qui reçoivent aussi des MNA, peut-être créer des groupes de travail. »</i>	CMP

Annexe 4 : 3 modalités de travail avec un interprète selon Westermeyer (1989, 1990)

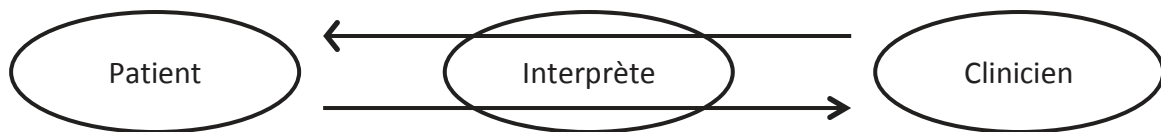
Le modèle « en triangle »

- Nécessite que le clinicien et l'interprète y soient entraînés et habitués
- Établissement de six canaux de communication entre les trois intervenants



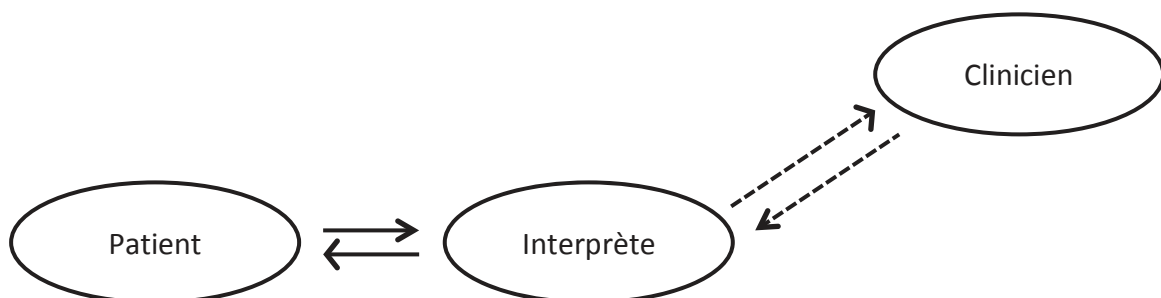
Le modèle de la « boîte noire »

- Interprète comme « décodeur », traduction uniquement informative
- Source de déception pour le clinicien
- L'interprète est mis dans une situation impossible à tenir



Le modèle du « clinicien junior »

- Interprète formé aux techniques d'entretien et à la psychopathologie (exemple : infirmiers spécialisés)
- Clinicien dans un rôle de « superviseur », à distance de l'entretien.
- Non adapté au diagnostic médical proprement dit



Annexe 5 : Livret à destination des soignants de Loire-Atlantique

« Prendre en charge des Mineurs Non Accompagnés en psychiatrie et pédopsychiatrie »

Prendre en charge des Mineurs Non Accompagnés en psychiatrie et pédopsychiatrie

Livret à destination des soignants
de psychiatrie et de pédopsychiatrie de Loire-Atlantique (44)

Support ne se voulant pas exhaustif



A partir du travail de thèse d'Inès LEBRETON,

Dirigé par le Docteur Sylvain BISLEAU

Juillet 2022

Statut de Mineur Non Accompagné

Un Mineur Non Accompagné (MNA), ou Mineur Isolé Étranger (MIE) est une personne âgée de **moins de 18 ans**, se trouvant **sans représentant légal, hors de son pays d'origine**.

Leur parcours au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance

Après l'**évaluation de la minorité et de l'isolement**, si le jeune est reconnu MNA par le Département, il est alors pris en charge au titre de la protection de l'enfance. Son hébergement et son suivi socio-éducatif sont confiés à une des trois associations implantées en Loire-Atlantique :

- L'Association Saint-Benoît Labre
- L'Etape Jeune
- Les PEP Anjou Atlantique.

L'hébergement peut se faire en foyer, en appartement autonome seul ou en cohabitation, en famille d'accueil solidaire ou en hôtel.

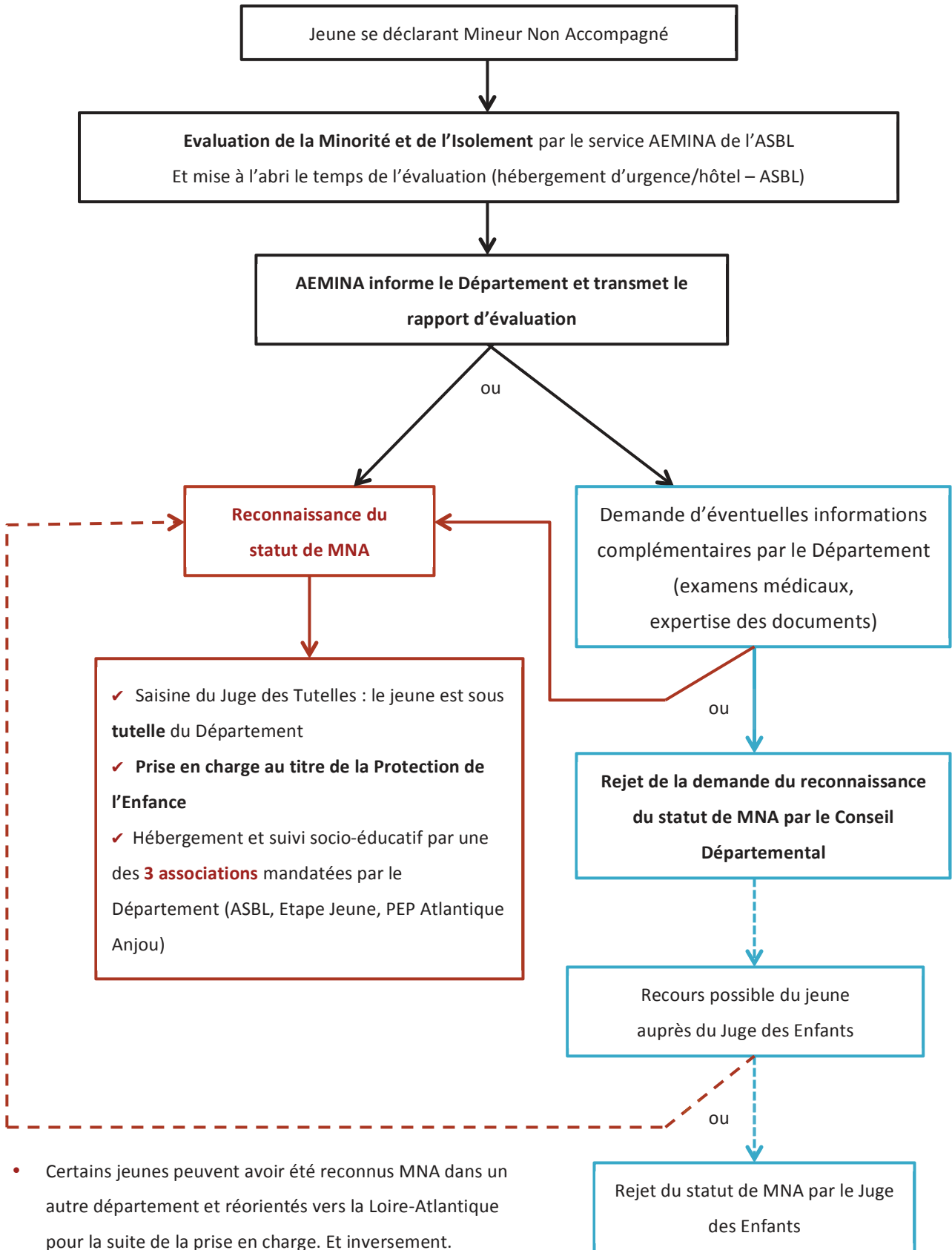
La **tutelle** de chaque jeune est confiée à un des trois cadres décisionnaires du Service MNA du Département de Loire-Atlantique. Ils assurent les fonctions du représentant légal (et notamment concernant l'autorisation de soins sur mineur !).

La question de la **régularisation** (papiers) au passage à la majorité est un enjeu central du suivi socio-éducatif :

- Demande d'asile pouvant être amorcée pendant la minorité,
- Demande de nationalité française (condition de 3 années de prise en charge au sein de l'ASE avant les 18 ans)
- Demande de titre de séjour économique (conditions d'intégration et de formation scolaire ou professionnelle)
- Demande de titre de séjour pour soins (dont pour des troubles psychiques), etc.

A la majorité, la prise en charge peut se poursuivre sous la forme d'un **Contrat Jeune Majeur (CJM)**, jusqu'au 21 ans du jeune.

Schéma du parcours d'un MNA en Loire-Atlantique



Qui sont les Mineurs Non Accompagnés ?

> 90% sont des **garçons**

80% ont entre **16 et 18 ans**

Certains bénéficient d'un Contrat

Jeune Majeur à leur majorité.

Fig. 2 – Lieu de naissance des MNA au 31/12/2020 en Loire-Atlantique

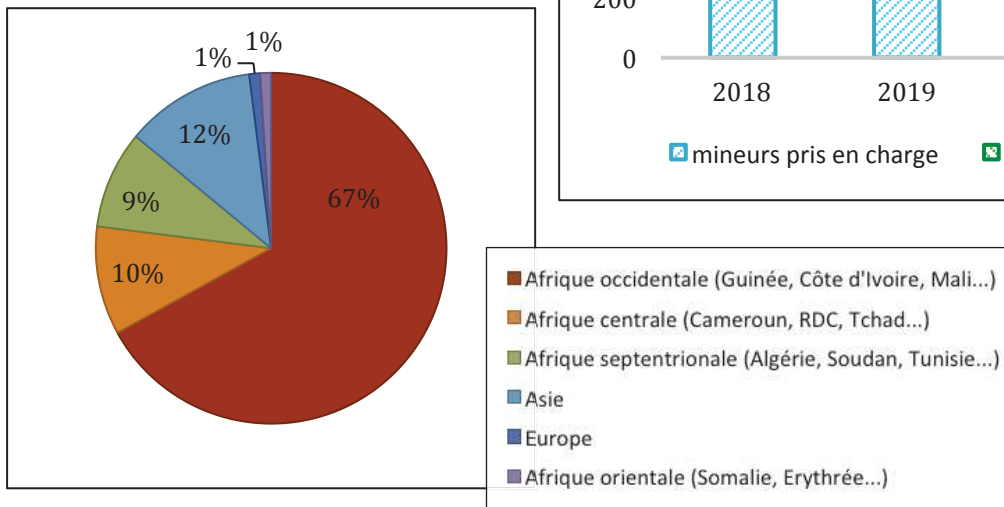
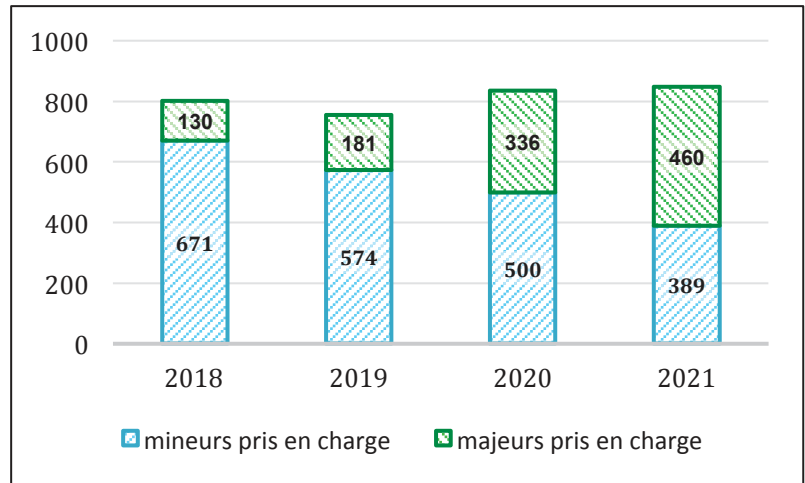


Fig. 1 - Jeunes pris en charge par le Département de Loire-Atlantique



Des profils hétérogènes^{1,2}

- Les **mineurs « exilés »** fuient les guerres et les conflits ethniques. Certains essaient d'échapper à un enrôlement forcé dans des forces armées.
- Les **mineurs « mandatés »** sont mandatés par leurs proches pour se rendre en Europe (aide financière, ou réussite sociale et économique).
- Les **mineurs « exploités »** sont aux prises de « trafiquants » avant même d'arriver sur le territoire français (prostitution, travail clandestin, mendicité ou actes de délinquance). Pas forcément des réseaux à grande échelle.
- Les **mineurs « fugeurs »** fuient le domicile familial ou l'orphelinat (conflits, maltraitance...)
- Les **mineurs « errants »** étaient déjà en situation d'errance dans leur pays d'origine. Possibilité de conduites de consommation de toxiques et d'actes de délinquance.
- Les « **mineurs-rejoignants** » rejoignent un parent ou un membre de la famille élargie, mais sont stoppés au cours du trajet migratoire ou proche ne pouvant assurer le statut de représentant légal.
- Les « **mineurs-aspirants** » sont dans une quête de protection ou de meilleures conditions de vie, ils dénoncent la corruption, l'injustice, les inégalités et les discriminations de leur pays d'origine.

Difficultés et soins psychiques : quelques éléments clefs

Double-vulnérabilité :
Adolescence & Migration

Pas de pathologie spécifique à
la migration !³

- **Psychotrauma :**

Fréquence des évènements psychotraumatiques

- avant : négligence-violences intrafamiliales, conflits-guerres, enrôlement dans des forces armées (enfant-soldat), etc.
- pendant le parcours migratoire : notamment passage en Lybie, traversée de la Méditerranée
- après : conditions d'accueil, récit du parcours dans le cadre de l'évaluation de minorité et d'isolement mais également si demande d'asile

Fréquence des **Etats de Stress Post-Traumatiques**, notamment des **ESPT complexes** du fait d'une confrontation répétée à de la violence extrême et/ou organisée.^{3,4}

Etat de Stress Post-Traumatique complexe

1. **Altération dans la régulation de l'état affectif** : troubles chroniques de la régulation des affects, difficultés à moduler les réactions de colère, comportements auto-agressifs et suicidaires, difficultés à moduler l'engagement dans des activités sexuelles, comportements impulsifs, prises de risque ;
2. **Altération de l'attention et de l'état de conscience** : amnésie (totale ou partielle), épisode dissociatif transitoire (dépersonnalisation, déréalisation, autres) ;
3. **Somatisations** : douleurs chroniques, troubles somatiques fonctionnels, symptômes conversifs, symptômes sexuels ;
4. **Modifications chroniques du caractère** : altérations de la perception de soi (culpabilité, honte, sentiment de modification identitaire), altérations de la perception de l'agresseur (désir de vengeance ou idéalisation), altérations de la relation aux autres (méfiance, re-victimisation, hétéro-agressivité) ;
5. **Altération des systèmes de sens** : désespoir, perte des croyances fondamentales.

Autres troubles post-traumatiques : troubles de l'humeur (notamment dépressive ++), de troubles anxieux, de troubles psychotiques et de troubles somatoformes

Risques associés : auto-agressivité, risque suicidaire, mises en danger (hétéro-agressivité, comportement sexuel à risque, prise de toxiques, etc.)

Attention au risque d'erreurs
diagnostiques ⁴

- **Aspects culturels :**

Fréquence des symptômes d'allure psychotique

- Episodes psychotiques aigus fréquents chez les sujets migrants, souvent de bon pronostic. ³
- Limites culturelles entre le normal et le pathologique : croyances/idées délirantes, phénomènes hallucinatoires. ³
- Caractéristiques psychotiques d'une dépression ou d'un ESPT sévère : absence de désorganisation, absence d'ambivalence ; réactions paranoïaques possibles. ⁵
- Mode d'expression culturellement codé d'une souffrance psychique. ³

Fréquence des plaintes somatiques ³

- Manifestation d'une souffrance psychique non dicible.
- Dichotomie corps/esprit de la société occidentale, non présente dans d'autres cultures.
- Mode d'expression culturellement codé d'une souffrance psychique.
- Parfois favorisées par la barrière de la langue et les difficultés de communication, ou parce que jugées moins stigmatisantes (représentations des maladies et soins psychiques).

- **Addictologie :**

Outre les consommations d'alcool et de cannabis, certains jeunes MNA peuvent détourner des médicaments, notamment le Lyrica® et le Rivotril®. ⁶

Lyrica® (Prégabaline) ⁷ :

- Traitement utilisé dans : épilepsie, douleurs neuropathiques, trouble anxieux généralisé.
- Prescription sur ordonnance sécurisée, durée maximale de 6 mois.
- Visée euphorique ou anxiolytique, antalgique, hypnotique.
- Consommation souvent associée à une benzodiazépine (dont Rivotril®)
- Risques du mésusage : coma, troubles de la conscience, désorientation, confusion.

Rivotril® (Clonazépam) ⁸ :

- Traitement utilisé dans l'épilepsie.
- Prescription sur ordonnance sécurisée, durée maximale 12 semaines.
- Notion d'actes de délinquance et de violence sous Rivotril®.

Les trois associations assurant l'hébergement et le suivi socio-éducatif des MNA en Loire-Atlantique

◆ Association Saint-Benoît Labre (ASBL)

L'association comprend :

- **Le service d'évaluation AEMINA**
- **Des services d'hébergement d'urgence** de MNA en cours d'évaluation, gérés par ALMANA (Accueil, Logistique et Mise à l'Abri des Nouveaux Arrivants) :
 - Hôtels, gîtes, foyers
- **Des structures d'hébergement**
 - Résidence Chapeau Berger (accueil)
Vertou, 18 garçons > 17 ans
 - Résidence Sainte-Luce (accueil)
Sainte-Luce, 60 garçons < 16 ans et/ou en attente de scolarisation
 - Résidence Frère Louis (accueil, accompagnement)
Nantes, 25 garçons, 15 filles ; 42 places dont 2 places d'urgence
 - AT'HOME Agglo (accueil, suivi, accompagnement)
Agglomération nantaise, près de 50 appartements autonomes ou en cohabitation
 - AT'HOME Hors Agglo (accueil, suivi, accompagnement) :
Territoires de Châteaubriant et Saint-Nazaire
50 jeunes de 16-18 ans hébergés dans des appartements autonomes ou en cohabitation
- **Les services d'accompagnement**
 - + ASAMEH : accompagnement social de jeunes venant d'obtenir une tutelle mais toujours hébergés dans un service d'urgence
- **Le Service de Santé ALMANA**
 - Missions : assurer les besoins premiers et vitaux des personnes se présentant comme MNA durant la période d'évaluation de leur minorité et de leur isolement, pouvant durer jusqu'à 6 mois.
 - Equipe composée d'un chef de service, d'infirmières dont une infirmière coordinatrice, de psychologues et d'une assistante administrative.

Siège de l'association : La Ville au Blanc, 3 allée du Cap Horn 44120 VERTOU

Tel : 02 40 80 02 02

◆ Dispositif ADJINA d'Etape Jeunes

ADJINA : Accueil des Jeunes pour l'Insertion et l'Autonomie

L'association prend en charge **54** MNA entre 15 et 18 ans à **Ancenis** et **Clisson**, en appartements collectifs ou individuels. Le dispositif est en cours de réorganisation pour accueillir un plus grand nombre de jeunes.

Siège de l'association : 36 Route de Clisson 44200 Nantes

Tel : 02 40 03 34 37

Ancenis : 02 53 55 12 99 ; Clisson : 02 53 55 12 95

◆ Le pôle MNA des PEP Atlantique Anjou : la SAMNA

SAMNA : Service d'Accueil des Mineurs Non Accompagnés

Le pôle prend en charge jusqu'à 160 jeunes de 12 à 21 ans :

- **SAMNA-APPART'** : jeunes de 15 à 21 ans, en appartements autonomes ou en cohabitation
 - 26 places à Pontchâteau
 - 20 places à Guérande
 - 54 places dans les secteurs de Montoir, Trignac et Saint-Nazaire
- « **SOLISAS** » : accueil solidaire sur Nantes et le territoire nord du Département, permettant l'hébergement de MNA dans des familles bénévoles indemnisées par le Département, pour les 13-16 ans
- **Un internat** : les « MEAL » (Maisons d'Enfants André Laffargue) à Campbon, pour les plus jeunes (12 à 15 ans) dans plusieurs maisons : 30 places

Siège de l'association : 2 Rue des Renards, 44300 Nantes

Tel : 02 40 94 06 05

SAMNA : 02 40 71 57 82 ; samna@lespep44-49.org

Fig.3 - Répartition territoriale des jeunes sur le Département :

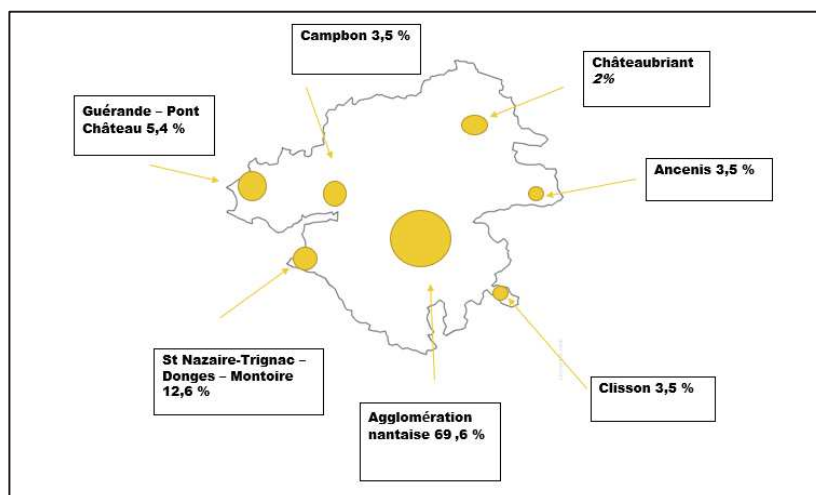
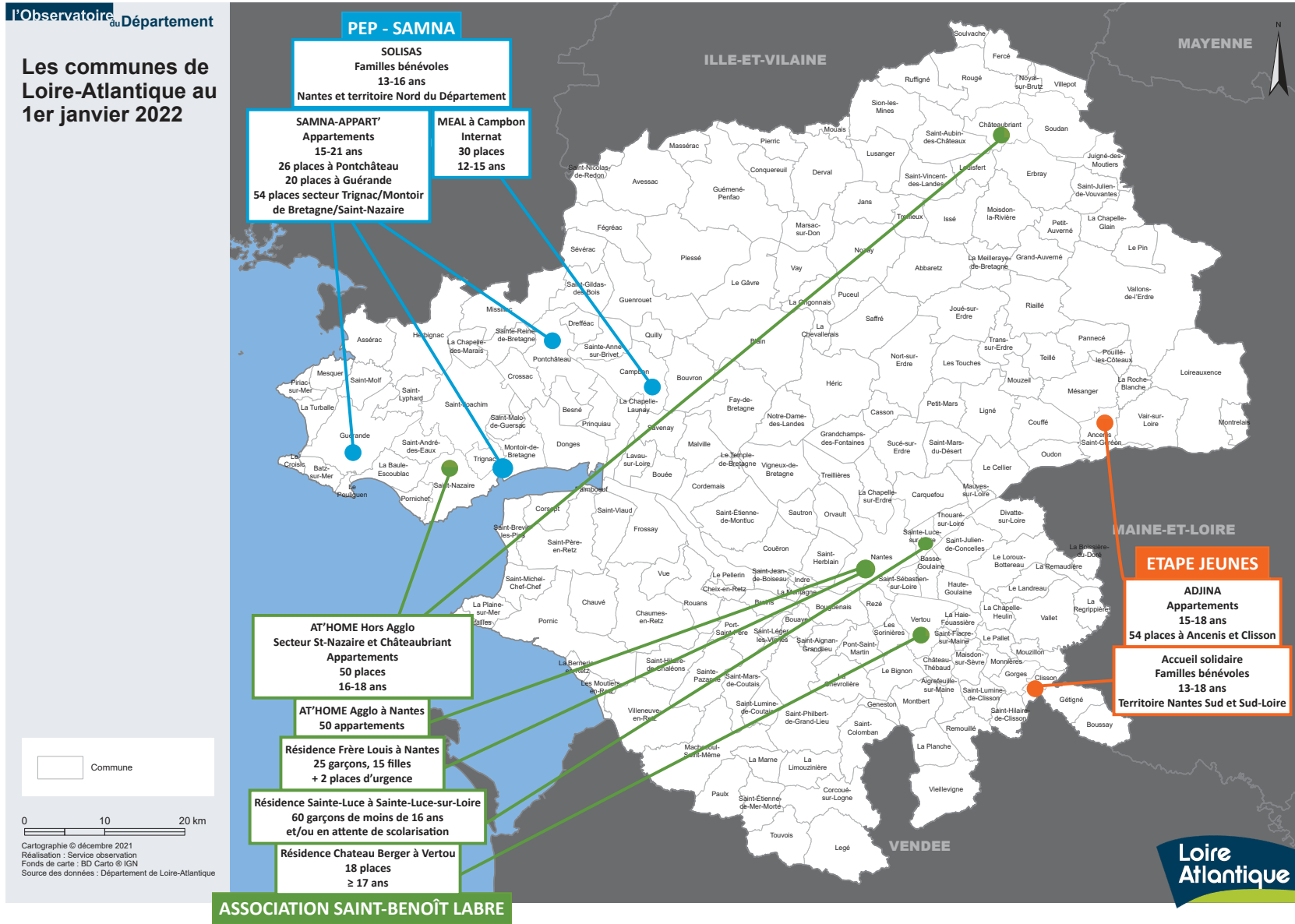


Fig.4 – Cartographie simplifiée des structures d'hébergement

des trois associations accueillant des MNA sur le département Loire-Atlantique



◆ Service MNA du Département de Loire-Atlantique

Prend en charge au titre de la protection de l'enfance les MNA reconnus du département :

- Placement dans une des 3 associations du territoire : hébergement et suivi socio-éducatif
- **Représentant légal** : un des 3 cadres décisionnels du service : **signataire pour les autorisations de soins pour mineurs**. Dans le cas d'un SPDT pour un jeune majeur isolé, il peut être le tiers signataire.

Contact

- [] : pédiatre pour le Département []

→ Interlocutrice à privilégier pour ce qui concerne la santé des jeunes, lui transmettre les comptes rendus médicaux des jeunes.

- [] psychologue au sein du service MNA ([])

Les MNA peuvent bénéficier du Dispositif **Santé Protégée 44** : bilan de santé annuel complet chez un médecin référent, organisation des soins et suivis nécessaires, prise en charge financière de soins habituellement non remboursés (psychologie, ergothérapie, psychomotricité) avec un forfait de 430€/enfant/an.

◆ Interprétariat :

- **ASAMLA : Association Santé Migrant de Loire-Atlantique**

Contact : contact@asamla.org

Interprétariat médical et social

En présentiel ou par téléphone

Demande d'interprétariat auprès du secrétariat où seront demandés la langue souhaitée (+/- l'origine du patient), la durée et le lieu de l'entretien.

- **Secrétariat** : **02 40 48 51 99** (lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 14h à 16h45)

- **ISM Interprétariat : Interprétariat par téléphone**

Contact : telephone@ism-mail.fr

Les établissements de santé (CHU de Nantes, EPSYLAN, CH Saint-Nazaire et CH Daumezon) sont partenaires de l'ISM Interprétariat.

Service disponible en direct et **sans réservation, 24h/24 et 7j/7**

- Appelez le **01 53 26 52 62**
- Donnez le code de l'établissement dans lequel vous exercez (parfois, accessible au secrétariat de votre service)
- Demandez la langue souhaitée

◆ **CRCT : Consultation Ressource en Clinique Transculturelle**

Unité intersectorielle rattachée à la Psychiatrie IV du CHU de Nantes

Missions :

- Soutien clinique des équipes de soin, du social et de l'éducation
- Action de sensibilisation et de formation sur la prise en charge de patients issus d'autres cultures
- Soins : accompagnement psychothérapeutique de **seconde intention**

Indications : **Patient migrant ou issus de la migration, déjà inscrit dans un suivi**

Difficultés dans le suivi en lien avec des questions culturelles

Modalités : **3 consultations d'évaluation (la 1^e avec la présence du demandeur)**

Consultations en groupe (un thérapeute principal et environ 8 co-thérapeutes, le lundi après-midi tous les 2 mois) ou consultations en binôme (mensuelle)

Le demandeur peut être reconvoqué au cours de l'accompagnement par la CRCT pour refaire le point (poursuite ou arrêt de l'accompagnement CRCT).

Demande à adresser à: [REDACTED]

Lieu des consultations : [REDACTED], Hôpital Saint Jacques

◆ **CRPT : Centre Régional de Psychotraumatisme des Pays de la Loire**

Ouvert récemment dans les Pays de la Loire, rattaché au CHU de Nantes

3 missions : coordination du réseau, formation et soins

3 niveaux d'interventions : les acteurs de première ligne (la population générale), les professionnels de 1^e recours en santé mentale, les professionnels spécialisés

Public : Enfants, adolescents, adultes

Sectorisation : Région Pays de la Loire

Indications de soins : **Patient suivi et adressé par un psychiatre ou psychologue**

+ Difficultés dans la prise en charge

→ Le CRP propose uniquement **des soins limités** : 1 à 3 consultations individuelles.

- Projets :
- Groupes TRE (Trauma Releasing Exercises)
 - Groupes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) sur la dissociation.

Demande à adresser : par mail [REDACTED]

ou par téléphone [REDACTED] (lundi, mardi, mercredi matin)

Lieu : Hôpital Saint-Jacques

◆ Les équipes mobiles

Au CHU de Nantes :

- **Unité de pédopsychiatrie de liaison au CHU de Nantes : < 15 ans 3 mois**

Equipe intervenant lors d'hospitalisation en pédiatrie au CHU de Nantes

Equipe : pédopsychiatres, internes en psychiatrie, psychologues, assistante sociale, infirmières, assistante médico-administrative

Plusieurs équipes support : une pour la crise suicidaire « Le Cap », une pour les troubles du comportement alimentaire et une pour les autres situations rencontrées en liaison.

Secrétariat : 04 40 08 36 67

Secrétariat de pédiatrie : 02 40 08 34 90

- **ELPP : Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité : uniquement > 18 ans**

Unité intersectorielle rattachée à la psychiatrie IV du CHU de Nantes

Au CH Georges Daumezon :

- **EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité : > 16 ans**

Sectorisation : celle de la psychiatrie adulte du CHS de Daumezon (Sud-Loire)

Missions :

- Accompagnement vers les soins de toute personne en situation de précarité et/ou d'exclusion présentant une souffrance psychique ou une pathologie psychiatrique ;
- Qoutien des professionnels, bénévoles et acteurs de 1^e ligne, de l'entourage ;
- Formation sur la clinique de la précarité

Equipe : 1 responsable, 3 psychiatres, 1 cadre de santé, 4 infirmiers, 2 psychologues

Demande à adresser au secrétariat : [REDACTED]

Délai de réponse dans la semaine

1^e rencontre dans le mois, en tripartite (patient, personne adressant le patient, EMPP)

- **Equipe mobile de pédopsychiatrie Pégase : MNA hébergés en foyer (< 18 ans)**

Sectorisation : secteur I03 (CH Daumezon)

Equipe : 1 pédopsychiatre, 1 cadre de santé, des infirmières, 1 psychologue et 1 assistante sociale

Missions : **Equipe sollicitée par les équipes éducatives**

- Identifier et évaluer les besoins de soins pédopsychiatriques
- Soutenir les équipes éducatives
- Faciliter les liens entre les ≠ professionnels engagés auprès des enfants et adolescents

Intervention **limitée** dans le temps ; ne remplace pas les suivis déjà existants

Tel : 02 51 82 93 91 du lundi au vendredi de 9h à 17h

Mail : [REDACTED]

Au CH de Saint-Nazaire :

- **Equipe mobile de psychiatrie et précarité du CH de Saint-Nazaire : tout âge**

Sectorisation : 3 secteurs de psychiatrie adulte du CH de Saint-Nazaire + secteur de pédopsychiatrie (de Pornic à Saint Nazaire, la Brière et toute la presqu'île Guérandaise)

Equipe : 1 psychiatre, 1 cadre de santé, 3 infirmiers, 1 psychologue, 1 éducatrice spécialisée

Tel : **02 72 27 87 74** du lundi au vendredi de 9h à 17h

Mail : 

A EPSYLAN (Blain) :

- **Equipe de liaison de pédopsychiatrie au CH de Châteaubriant : < 16 ans**

Equipe rattachée au CMP de Châteaubriant (EPSYLAN) intersectorielle, intervenant aux urgences et lors d'hospitalisation en pédiatrie

Pas de réservation de lit ou d'hospitalisation programmée

Possibilité de consultation conjointe avec la psy adulte aux urgences pour les 16-18 ans

Equipe : 1 pédopsy, 1 cadre, 1 psychologue, 1 AS, 2 infirmiers, 1 éducateur spécialisé, 1 AMA

Tel : **06 66 55 01 14** lundi au vendredi 9h-17h)

Mail : 

Secrétariat de pédiatrie : 02 40 55 88 87

Psychiatrie d'urgence / post urgence à Ancenis et Châteaubriant : > 16 ans

Equipe dépendant d'EPSYLAN, intervenant sur les urgences du CH d'Ancenis et de Châteaubriant

◆ Des soins pour les adolescents (hors CMP)

- **HDJ de crise : MICADO : 11-18 ans**

Unité des secteurs de pédopsychiatrie 1 et 2 du CHU de Nantes

Prise en charge intensive d'au moins 3 temps/semaine sur 6 semaines renouvelables (entretiens individuels et familiaux, groupes). Nécessite une bonne observance.

Indications : pathologie de l'agir (scarifications, IS, conduites sexuelles à risque, TCA, addictions...).

Demande de consultation au CMP du secteur par l'équipe éducative (Secrétariat : pédo1/Haute-Roche **02 53 52 64 64** ; pédo2/Samothrace **02 40 59 60 60**), confirmation ou non de l'indication.

- **SHIP : Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie : < 16 ans**

Service intersectoriel rattaché au pôle 44 I99, du CH Daumezon.

2 unités d'hospitalisation temps plein SAFRAN (7 lits) et semaine HORIZON (7 lits)

1 unité soins-études : MUSE

Demande à adresser et à actualiser régulièrement auprès du secrétariat :

Secrétariat : 02 40 20 70 00 (HORIZON) / 01 (SAFRAN) / 03 (MUSE)

- **SHAdo : Service d'Hospitalisation pour Adolescents : < 17 ans**

Service d'hospitalisation intersectoriel rattaché au pôle pédopsychiatrique du CH de St-Nazaire.

7 lits d'hospitalisation temps plein, 2 lits de séquentielle, 2 lits d'hospitalisation de nuit

Demande à adresser et à actualiser régulièrement auprès du secrétariat :

Secrétariat : 02 40 90 53 43

- **Unité Espace : 15-20 ans**

Espace de soins et de prévention, rattaché à la psychiatrie 5 du CHU de Nantes.

Indications : conduites de mise en danger de soi, en l'absence d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une dépendance fixée à l'alcool ou aux drogues illicites

Unité de consultation et prévention : rendez-vous auprès du secrétariat du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Unité d'hospitalisation (temps plein ou temps partiel) : courrier du psychologue ou du médecin à envoyer par mail. Evaluation de l'indication via une consultation avec le psychologue de l'unité.

**Toute hospitalisation nécessite une autorisation de soins sur mineur :
Voir partie « Service MNA du Département Loire-Atlantique »**

- **MDA : Maison des Adolescents de Loire-Atlantique : 11-21 ans**

Lieu d'accueil, d'écoute, d'information et d'accompagnement pour adolescents (confidentiel, anonyme et gratuit)

- **MDA de Nantes**: 7 rue Julien Videment à Nantes ; 02 40 20 89 65

Du lundi au samedi de 13h à 18h ou sur rdv (fermé le samedi pendant les vacances scolaires)

- **Antenne à Saint-Nazaire** : 80 avenue du Général de Gaulle ; 02 51 10 75 75

Lundi, mercredi et vendredi de 13h à 18h, ou sur rendez-vous

+ Des accueils possibles à Pontchâteau et Pornic, sur rdv, une demi-journée toutes les 2 semaines

- **Antenne à Nozay**: 11 bis Route d'Abbaretz ; 02 40 51 55 60

Sur rendez-vous uniquement.

- **Antenne à Aigrefeuille-sur-Maine**: 41 avenue de Nantes ; 02 28 21 44 40

Sur rendez-vous uniquement.

◆ **La Planning Familial** : pour les questions concernant la sexualité, la contraception, l'IVG, les IST, etc. : à tout âge, avec ou sans couverture sociale (anonyme et gratuit)

- **Nantes** :

* **Centre Simone Veil au CHU de Nantes** : rez-de-chaussée de l'Hôpital Mère-Enfant
02 40 08 49 69

* **Planning Familial de Loire-Atlantique** : 4 rue Meuris à Nantes (arrêt Gare Maritime)
02 40 20 41 51 ; contacts@planningfamilial44.com

* **Centre Clotilde Vautier** : 49 boulevard Jules Grandjouan à Nantes (Clinique Jules Verne)
02.51.17.14.83

- **Saint-Nazaire** :

* **Planning Familial de Loire-Atlantique à Saint-Nazaire** : 80 avenue du Général de Gaulle
02 51 10 79 79 - saintnazaireplanning@gmail.com

* **Centre de planification familiale** : 57 rue Michel-Ange à Saint-Nazaire (Parc d'Heinlex, bâtiment Prévention et promotion de la santé)
02.40.90.52.30

- **Ancenis** :

* **Centre de planification familiale** : Centre Hospitalier Francis Robert (160 rue du Verger)
02.40.09.46.44

- **Châteaubriant** :

- **Centre de planification familiale** : Centre Hospitalier de Châteaubriant (9 rue de Verdun)
02.40.55.88.11

◆ Des soins pour les femmes victimes de violences et/ou mutilations sexuelles

- **UGOMPS : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale**

Unité rattachée à la Maternité du CHU de Nantes

Equipe pluridisciplinaire : gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, psychologue, assistante sociale.

Assure le suivi gynécologique et obstétrique de femmes fragilisées, et notamment des victimes de violences physiques, morales et/ou sexuelles et des femmes africaines ayant subi des mutilations génitales.

+ Prise en charge des patientes souffrant de mutilations génitales

Approche proposée par l'équipe de l'UGOMPS

Equipe composée de : psychologue, sexologue, assistante sociale, chirurgien.

1. Participer à(aux) réunion(s) d'informations **sans inscription** proposée(s) **tous les derniers vendredis du mois de 14h à 15h** (discussion autour des conséquences et possibilités de prises en charge des mutilations génitales)
2. Au cours de ces réunions : possibilité d'avoir un rendez-vous avec un professionnel de l'équipe

Mail : bp-sos-excision@chu-nantes.fr

Lieu : Rez-de-chaussée de l'Hôpital Mère Enfant

38 boulevard Jean Monnet – Nantes

Secrétariat : 02 40 08 30 32 (lundi au vendredi de 9h à 17h)

◆ Unités médico-légales :

- **UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique des Enfants en Danger : < 15 ans 3 mois**

Evaluation à la demande d'un professionnel ou pour un examen sur réquisition judiciaire.

Equipe pluridisciplinaire : pédiatres, psychologue, pédopsychiatre, puéricultrice, assistante sociale, chirurgien infantile, secrétaire, et pédiatre légiste.

Secrétariat : 02 40 08 44 54

Lieu : Rez-de-chaussée de l'Hôpital Mère Enfant ; 38 boulevard Jean Monnet à Nantes

- **UMJ : Unité Médico-Judiciaire : > 15 ans 3 mois**

Examen médico-légal sur réquisition de l'autorité judiciaire, parfois pouvant entrer dans le cadre d'une demande d'asile. Les consultations avec un psychologue ont lieu sur réquisition judiciaire après un premier rendez-vous avec un médecin légiste.

Secrétariat : 02 40 08 38 28

Lieu : 2^{ème} étage du bâtiment Jean Monnet ; 30 Boulevard Jean Monnet à Nantes

◆ **Pour des jeunes non reconnus MNA** (donc non pris en charge par le département)

- **La CIMADE**

Association de solidarité active avec les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile.

Prise en charge des démarches concernant les MNA (notamment ceux qui ne sont pas reconnus MNA par le Département ou un Juge des Enfants, et ne sont donc pas pris en charge au titre de la protection de l'enfance) : assistance humaine et sociale, suivi dans leurs démarches juridiques et administratives, formation au français, défense de leurs droits devant les autorités, etc.

www.lacimade.org/regions/bretagne-pays-de-loire/

Lieu : 33 rue Fouré à Nantes

Rendez-vous à prendre par téléphone au **02 51 82 75 66** (lundi entre 10h et 12h)

ou par mail : nantes@lacimade.org

Accueil **sans rendez-vous**, pour renseignements : lundi de 10h à 12h et jeudi de 14h à 16h30

- **Programme MNA de Médecins de Monde**

Permanences sans rendez-vous les lundis et jeudis après-midi de 14h à 16h

Actions :

- Permanences d'accueil en lieu fixe
- Evaluation médicale et sociale
- Information et orientation vers les structures d'aide
- Aide à la prise en rdv médicaux, orientation et accompagnement vers les soins
- Soutien et accompagnement dans l'ouverture des droits de santé (CSS, AME, etc.)
- Prévention et éducation à la santé
- Entretien d'écoute psychologique
- Distribution de matériel, de kits d'hygiène, de sacs de couchage, etc.

Lieu : 33 rue Fouré à Nantes

Téléphone : **02 40 47 36 99**

Bibliographie

- ¹ Etiemble, A. (2002). *Les mineurs isolés étrangers en France*.
- ² Etiemble, A., & Zanna, O. (2013). *SYNTHÈSE : « Des typologies pour faire connaissance avec les mineurs isolés étrangers et mieux les accompagner »*.
- ³ Baudet, T., & Moro, M. R. (2013). *Psychopathologie transculturelle* (2e éd). Elsevier-Masson.
- ⁴ Radjack, R., Baubet, T., El-Hage, W., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2012). Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170, 591-595.
- ⁵ Auxéméry, Y. (2018). Post-traumatic psychiatric disorders : PTSD is not the only diagnosis. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, 47(5), 423-430.
- ⁶ Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Gérome, C., Martinez, M., Milhet, M., Detrez, V., & Adès, J.-É. (2020). *1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France*. 72.
- ⁷ ANSM. (2021, mai 21). *Prégabaline (Lyrica et génériques) : Modification des conditions de prescription et délivrance pour limiter le mésusage*.
- ⁸ Lazès-Charmetant, A. (2019). *Tendances récentes et nouvelles drogues—Bordeaux. Synthèse des résultats 2018*. OFDT.
- ⁹ ASCANTIS et CEKOÏA. (2018). *Diagnostic Territorial partagé en Santé Mentale (DTSM) - Loire-Atlantique* (44).

Image de couverture : superposition de deux images libres de droit, réalisées par Noah Haggerty et Bianca Van Dijk, accessibles sur Pixabay

Figures 1, 2 et 3 : infographie et données statistiques transmises par le service MNA de Département

Figure 4 : carte des communes de Loire-Atlantique de l'Observatoire du Département

Sites internet consultés : CHU de Nantes, CH de Saint-Nazaire, EPSYLAN, du département Loire-Atlantique, ASAMLA, ISM, Médecins du Monde, la Cimade, InfoMIE.

Centre ressource sur les MNA en ligne :
infomie.net

Annexe 6 : Livret à destination des travailleurs sociaux accompagnant des MNA en Loire-Atlantique - « Prise en charge en psychiatrie et pédopsychiatrie des Mineurs Non Accompagnés »

Prise en charge en psychiatrie et pédopsychiatrie des Mineurs Non Accompagnés

Livret à destination des travailleurs sociaux
travaillant auprès de MNA en Loire-Atlantique (44)

Support ne se voulant pas exhaustif



A partir du travail de thèse d'Inès LEBRETON,

Dirigé par le Docteur Sylvain BISLEAU

Juillet 2022

Qu'est-ce que la sectorisation en psychiatrie ? ¹

En France, les services publics de psychiatrie et pédopsychiatrie sont **sectorisés**. Le territoire est divisé en zones géographiques (les « secteurs ») dont l'étendue dépend de la densité de population. Dans chaque secteur, une même équipe assure la prévention et les soins pour la population habitant cette zone.

Parmi les missions de la psychiatrie de secteurs :

- ➔ Garantir des soins de proximité à la population
- ➔ Favoriser le travail en réseau

Offre en psychiatrie adulte en Loire-Atlantique

Chaque secteur est rattaché à un établissement public hospitalier :

- **CHU de Nantes** : hôpital Saint-Jacques
- **CH de Saint-Nazaire** : hôpital d'Heinlex
- **EPSYLAN** (Etablissement Psychiatrique de Loire-Atlantique Nord)
- **CHS de Georges Daumezon**

Chaque secteur est divisé en plusieurs sous-secteurs, où sont implantés les **Centres Médico-Psychologiques (CMP)** pour les soins ambulatoires.



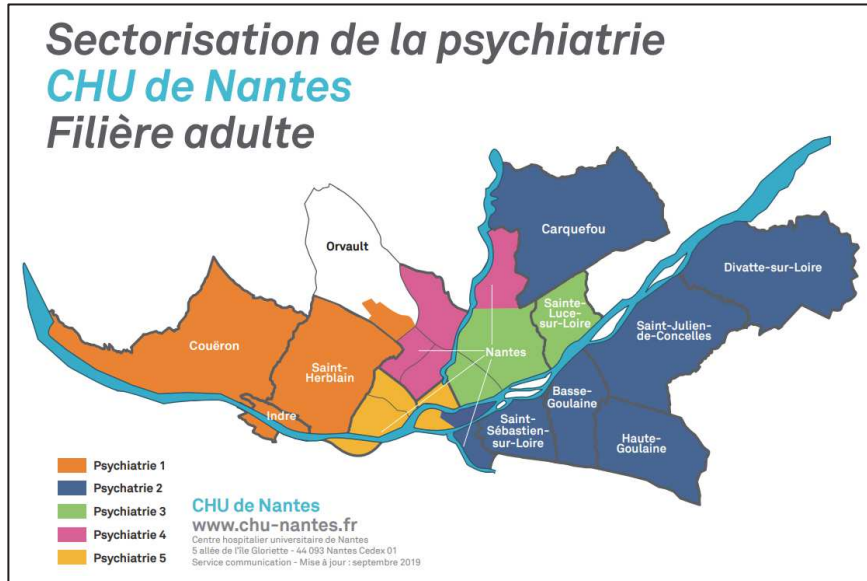


Fig. 2 – Carte des secteurs de psychiatrie adulte du CHU de Nantes

Hôpital Saint-Jacques

85 rue Saint-Jacques à Nantes

Urgences Médico-Psychologiques (UMP) : > 15 ans et 3 mois

Hôtel Dieu, 9 quai Moncouso à Nantes

Tel : 02 40 08 38 71 (ou 70)

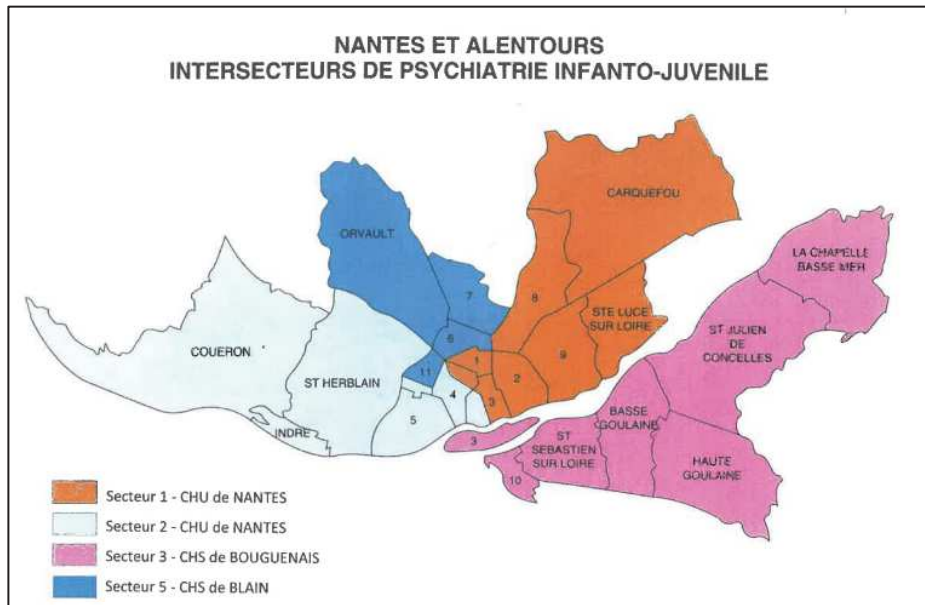


Fig. 3 – Carte des secteurs de pédopsychiatrie à Nantes et alentours

Urgences pédiatriques : < 15 ans et 3 mois

Hôtel Dieu, 9 quai Moncouso à Nantes

Tel : 02 40 08 38 95

CH de Saint-Nazaire

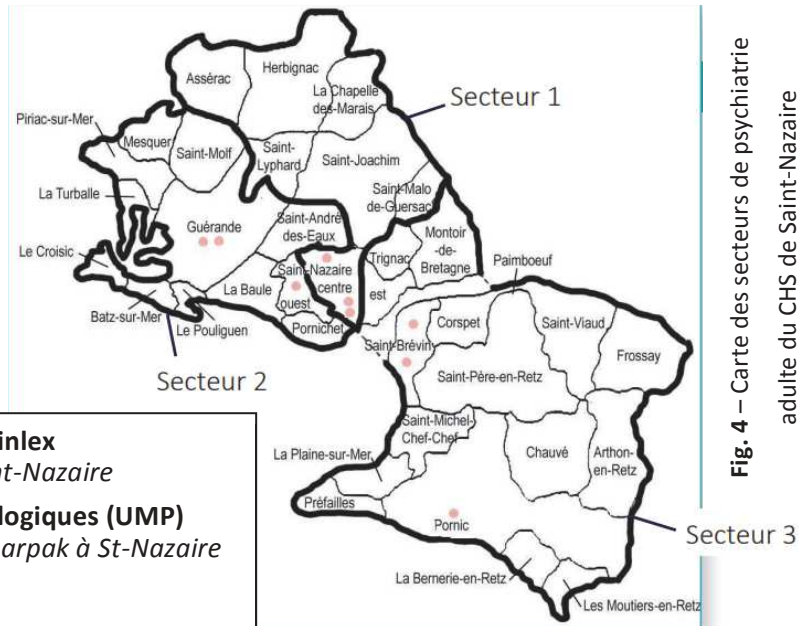


Fig. 4 – Carte des secteurs de psychiatrie adulte du CHS de Saint-Nazaire

Hôpital dans le Parc d'Heinlex
57 rue Michel-Ange à Saint-Nazaire

Urgences Médico-Psychologiques (UMP)
Cité Sanitaire, 11 bd G. Charpak à St-Nazaire
Tel : 02 72 27 80 76

Urgences pédiatriques :
Cité Sanitaire, 11 bd G. Charpak à St-Nazaire
Tel : 02 72 27 80 25

CHS Georges Daumezon

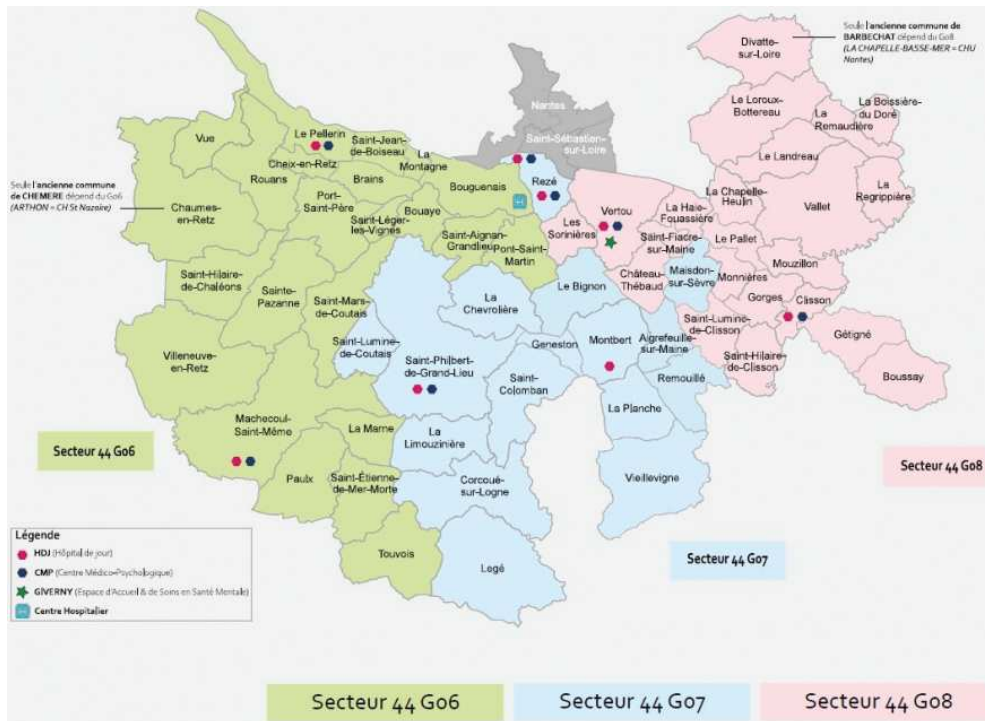


Fig. 5 – Carte des secteurs de psychiatrie adulte du CHS Daumezon

Centre Hospitalier Georges Daumezon
55 rue Georges Clémenceau à Bouguenais

Pas de service d'urgences

- ➔ UMP du CHU de Nantes
- ➔ UMP du CH de Saint-Nazaire

EPSYLAN (CHS de Blain)



Secteurs de psychiatrie adulte et intersecteur de pédopsychiatrie d'EPSYLAN

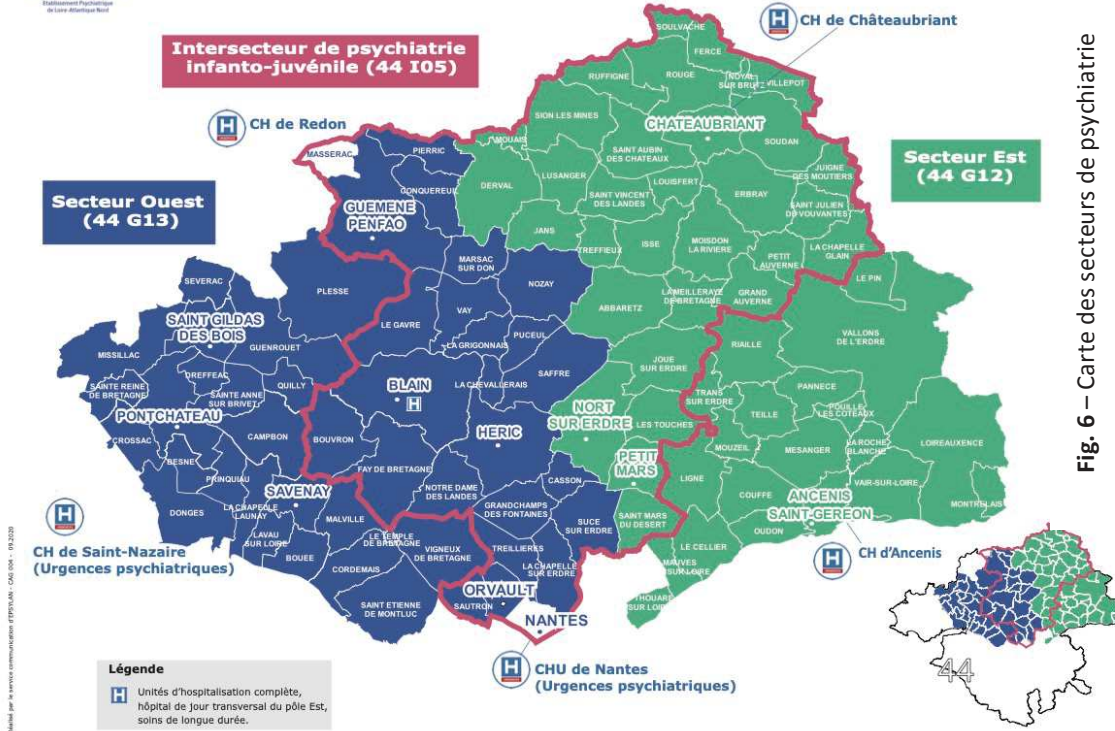


Fig. 6 – Carte des secteurs de psychiatrie adulte et pédopsychiatrie d'EPSYLAN

Hôpital sur le site d'EPSYLAN
 Le Pont Piétin à Blain

Pas de service d'urgences

- ➔ UMP du CHU de Nantes
- ➔ UMP du CH de Saint-Nazaire

Sous-secteurs du secteur de psychiatrie infanto-juvénile (44 I 05) d'EPSYLAN

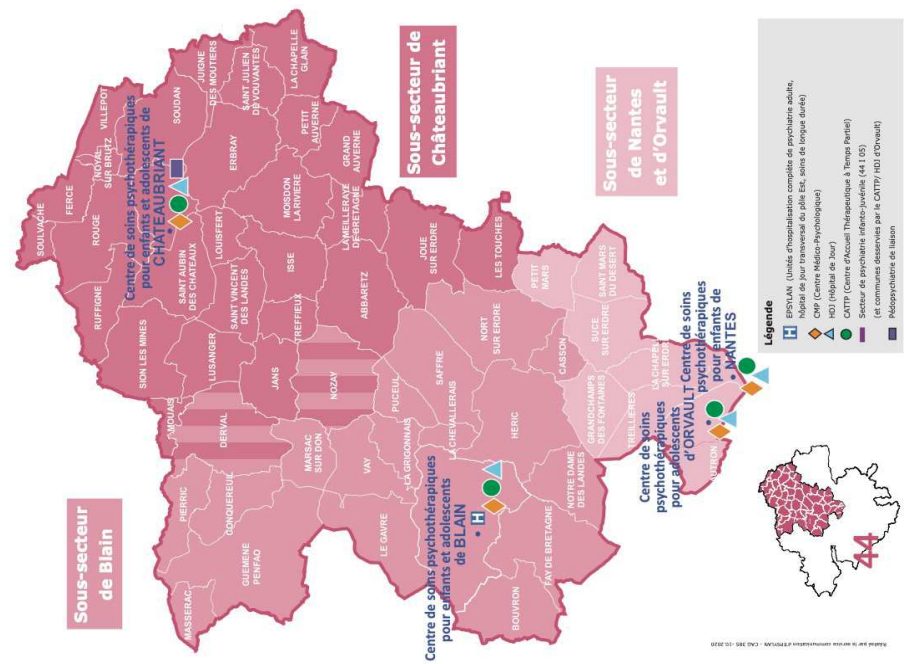


Fig. 7 – Carte des sous-secteurs de pédopsychiatrie d'EPSYLAN

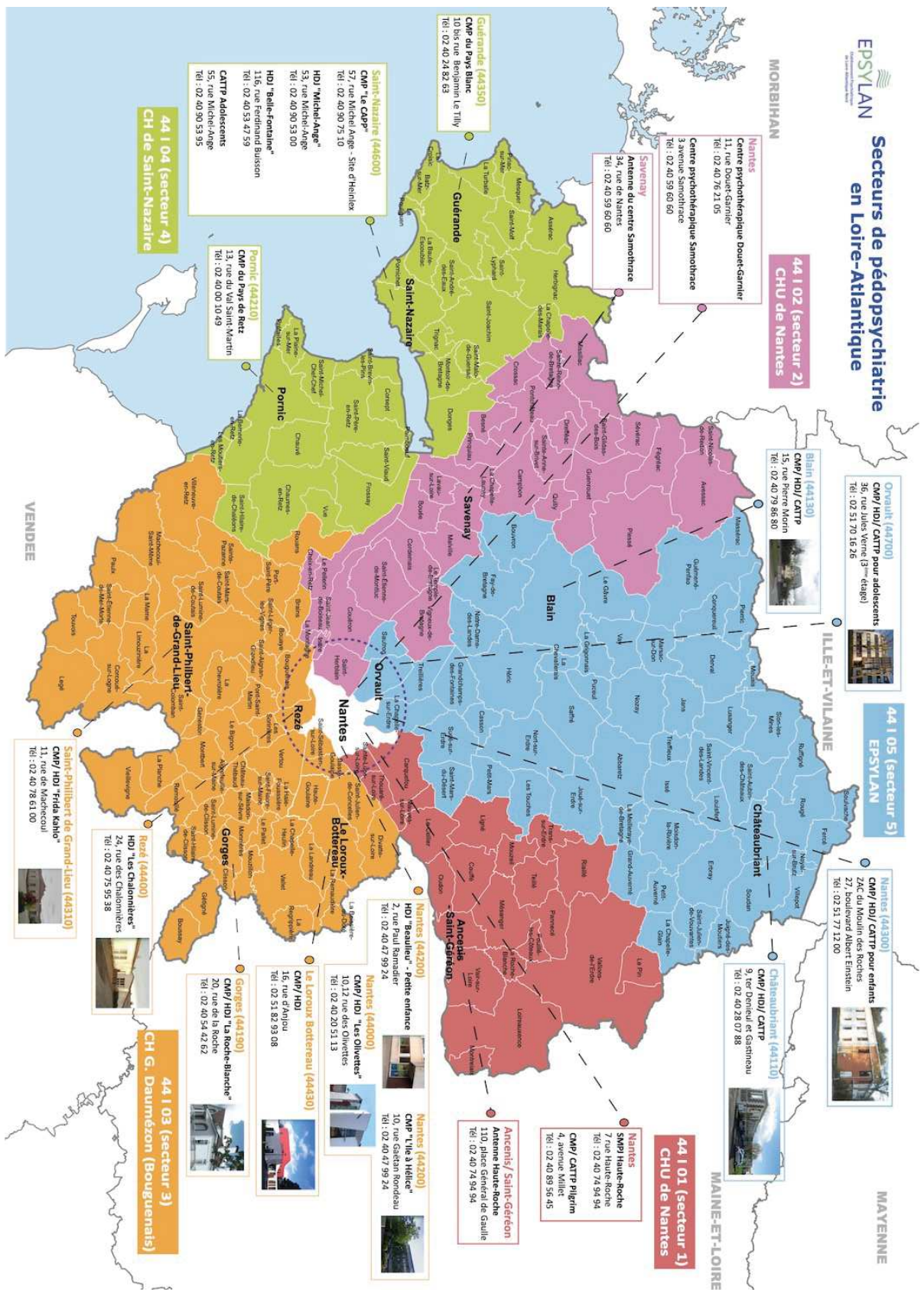


Fig. 8 – Carte des secteurs de pédopsychiatrie adulte le Loire-Atlantique avec indication des soins ambulatoires

Coordonnées des secteurs adultes et adolescents de Loire-Atlantique

CHU de Nantes

Psychiatrie 1

Tel : 02 40 84 63 96

Unité Gwarez : 02 44 76 67 75

Unité Sevel : 02 44 76 67 98

CMP Ouest Beaumanoir : 02 51 84 38 75

16 rue Lamoricière à Nantes

Psychiatrie 2

Tel : 02 40 84 62 87

Unité Gaudi : 02 40 84 62 68

Unité Maupassant : 02 40 84 62 88

CMP Est La Pérouse : 02 40 73 18 00

169a bd Jules Verne à Nantes

Psychiatrie 3

Tel : 02 40 84 63 15

Unité Chaissac : 02 40 84 63 00

Unité Claudel : 02 40 84 63 27

CMP Est La Pérouse : 02 40 73 18 00

169a bd Jules Verne à Nantes

Psychiatrie 4

Tel : 02 44 76 69 42 (ou 43)

Unité Matisse : 02 44 76 69 54

Unité Breton : 02 44 76 69 57

CMP Ouest Beaumanoir : 02 51 84 38 75

16 rue Lamoricière à Nantes

Psychiatrie 5

Tel : 02 40 84 63 00

Unité Dali : 02 40 84 63 09

Unité Tati : 02 40 84 63 03

CMP Ouest Beaumanoir : 02 51 84 38 75

16 rue Lamoricière à Nantes

Pédopsychiatrie :

Pédopsychiatrie 1

CMP ados d'Haute-Roche : **11-18 ans**

7 rue Haute Roche à Nantes

02 53 52 64 64

Antenne pour les adolescents à Ancenis

110 place Charles de Gaulle

02 53 52 64 64

Pédopsychiatrie 2

CMP ados Samothrace : **11-18 ans**

3 avenue Samothrace à Nantes

02 40 59 60 60

Antenne pour les adolescents à Savenay

34 rue de Nantes à Savenay

02 40 59 60 60

CHS de Saint-Nazaire

Secteur 1

St Nazaire Centre / Brière

Hospitalisation : 02 40 90 64 50

CMP intersectoriel « Le sémaphore » :

02 40 66 83 87

17 rue Calmette à Saint-Nazaire

Secteur 2

St-Nazaire Ouest / Presqu'île Guérandaise

Hospitalisation : 02 40 90 64 70

CMP intersectoriel (cf secteur 1)

CMP de Guérande : 02 40 24 81 06

6 rue du Sénéchal à Guérande

Secteur 3

Saint-Nazaire Est / Estuaire / Côte de Jade

Hospitalisation : 02 40 90 53 28

CMP intersectoriel (cf secteur 1)

CMP « L'horizon » : 02 51 74 55 55

12 rue de l'horizon à St-Michel-Chef-Chef

Pédopsychiatrie :

CMP ados « Le CAPP » : 11-18 ans

Site d'Heinlex, Bât. « les Alizés » 2^e étage

02 40 90 75 10

CMP du Pays Blanc : 3-18 ans

10 bis rue Benjamin Le Tilly à Guérande

02 40 24 82 63

CMP du Pays de Retz : 3-18 ans

13 rue Val Saint-Martin à Pornic

02 40 00 10 49

EPSYLAN

Pôle Ouest

Unité d'admission 1 : 02 40 51 53 00

Unité d'admission 2 : 02 40 51 53 03

Unité de préparation à la sortie : 02 40 51 53 20

CMP de Blain : 02 40 34 07 29

Site d'EPSYLAN, pavillon 14

CMP Pontchâteau : 02 40 88 13 99

3 rue des Châtaigniers, bâtiment A

CMP d'Héric : 02 40 34 07 29

12 avenue Gustave Eiffel – ZA de Boisdon

CMP de Savenay : 02 40 56 84 90

34 rue de Nantes

Pôle Est

Unité d'admission 1 : 02 40 51 53 10

Unité d'admission 2 : 02 40 51 53 07

Unité de préparation à la sortie : 02 40 51 53 21

CMP de Blain : 02 40 51 53 23

Site d'EPSYLAN, pavillon 7

CMP de Nort-sur-Erdre : 02 40 29 59 80

26 bd de la gare

CMP d'Ancenis – St-Géréon : 02 40 96 16 41

99 rue du bocage

CMP de Châteaubriant : 02 40 28 33 50

9 bis, rue Denieul et Gastineau

Pédopsychiatrie :

CMP ados d'Orvault : 13-16 ans

36 rue Jules Verne – 3^e étage, à Orvault

02 51 70 16 26

CMP enfants et ados de Blain : < 16 ans

15 rue Pierre Morin à Blain

02 40 79 86 80

CMP enfants et ados de Châteaubriant : < 16 ans

9 ter, Denieul et Gastineau, Châteaubriant

02 40 28 07 88

CHS Georges Daumezon

Secteur G06

Hospitalisation : 02 40 90 64 50

CMP intersectoriel « Le sémaphore » :

02 40 66 83 87

17 rue Calmette à Saint-Nazaire

Secteur G07

Hospitalisation : 02 40 90 64 70

CMP intersectoriel « Le sémaphore » :

02 40 66 83 87

17 rue Calmette à Saint-Nazaire

CMP de Guérande : 02 40 24 81 06

6 rue du Sénéchal à Guérande

Secteur G08

Hospitalisation : 02 40 90 53 28

CMP intersectoriel « Le sémaphore » :

02 40 66 83 87

17 rue Calmette à Saint-Nazaire

CMP « L'horizon » : 02 51 74 55 55

12 rue de l'horizon à Saint-Michel-Chef-Chef

Pédopsychiatrie :

CMP Les Olivettes : 11-18 ans

10 – 12 rue des Olivettes à Nantes

02 40 20 51 13

Le réseau : missions et coordonnées

◆ Service MNA du Département de Loire-Atlantique

Prend en charge au titre de la protection de l'enfance les MNA reconnus du département :

- **Représentant légal** : un des 3 cadres décisionnels du service : **signataire pour les autorisations de soins pour mineurs**. Dans le cas d'un SPDT pour un jeune majeur isolé, il peut être le tiers signataire.

Contact

- [redacted] : pédiatre pour le Département
- [redacted] psychologue au sein du service MNA

Les MNA peuvent bénéficier du Dispositif **Santé Protégée 44** : bilan de santé annuel complet chez un médecin référent, organisation des soins et suivis nécessaires, prise en charge financière de soins habituellement non remboursés (psychologie, ergothérapie, psychomotricité) avec un forfait de 430€/enfant/an.

◆ Interprétariat :

- **ASAMLA : Association Santé Migrant de Loire-Atlantique**

Contact : contact@asamla.org

Interprétariat médical et social : **nécessite un partenariat de votre institution avec l'ASAMLA**

En présentiel ou par téléphone

Demande d'interprétariat auprès du secrétariat où seront demandés la langue souhaitée (+/- l'origine du patient), la durée et le lieu de l'entretien.

- **Secrétariat** : **02 40 48 51 99** (lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 14h à 16h45)

- **ISM Interprétariat : Interprétariat par téléphone**

Contact : telephone@ism-mail.fr

Nécessite un partenariat de votre institution avec l'ISM

Service disponible en direct et **sans réservation, 24h/24 et 7j/7** : appelez au **01 53 26 52 62**

- **BEREKTY Interprétariat :**

Interprétariat pour les professionnels du secteur sanitaire et social

En présentiel, au téléphone ou en visio

Nécessite un partenariat de votre institution avec BEREKTY

Demande à adresser : via le formulaire accessible via berekty-interpretariat.fr

ou par mail : contactez.berekty@gmail.com

Pour toute demande de renseignements : 07 71 17 73 92

◆ **CRCT : Consultation Ressource en Clinique Transculturelle**

Unité intersectorielle rattachée à la Psychiatrie IV du CHU de Nantes

Missions :

- Soutien clinique des équipes de soin, du social et de l'éducation
- Action de sensibilisation et de formation sur la prise en charge de patients issus d'autres cultures
- Soins : accompagnement psychothérapeutique de **seconde intention**

Indications : **Patient migrant ou issus de la migration, déjà inscrit dans un suivi**

Difficultés dans le suivi en lien avec des questions culturelles

Modalités : **3 consultations d'évaluation (la 1^e avec la présence du demandeur)**

Consultations en groupe (un thérapeute principal et environ 8 co-thérapeutes, le lundi après-midi tous les 2 mois) ou consultations en binôme (mensuelle)

Le demandeur peut être reconvoqué au cours de l'accompagnement par la CRCT pour refaire le point (poursuite ou arrêt de l'accompagnement CRCT).

Lieu des consultations : [REDACTED], Hôpital Saint Jacques

Mail : [REDACTED]

◆ **CRPT : Centre Régional de Psychotraumatisme des Pays de la Loire**

Ouvert récemment dans les Pays de la Loire, rattaché au CHU de Nantes

3 missions : coordination du réseau, formation et soins

3 niveaux d'interventions : les acteurs de première ligne (la population générale), les professionnels de 1^e recours en santé mentale, les professionnels spécialisés

Public : Enfants, adolescents, adultes

Sectorisation : Région Pays de la Loire

Indications de soins : **Patient suivi et adressé par un psychiatre ou psychologue**

+ Difficultés dans la prise en charge

- Le CRP propose uniquement **des soins limités** : 1 à 3 consultations individuelles.

Projets :

- Groupes TRE (Trauma Releasing Exercises)

- Groupes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) sur la dissociation.

Demande à adresser : par mail [REDACTED]

ou par téléphone : **02 53 52 63 74** (lundi, mardi, mercredi matin)

Lieu : Hôpital Saint-Jacques

◆ Les équipes mobiles

Au CHU de Nantes :

- **UPL : Unité de pédopsychiatrie de liaison au CHU de Nantes : < 15 ans 3 mois**

Equipe intervenant lors d'hospitalisation en pédiatrie au CHU de Nantes

Equipe : pédopsychiatres, internes en psychiatrie, psychologues, assistante sociale, infirmières, assistante médico-administrative

Plusieurs équipes support : une pour la crise suicidaire « Le Cap », une pour les troubles du comportement alimentaire et une pour les autres situations rencontrées en liaison.

Secrétariat de l'UPL : 04 40 08 36 67

Secrétariat de pédiatrie : 02 40 08 34 90

- **ELPP : Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité : uniquement > 18 ans**

Unité intersectorielle rattachée à la psychiatrie IV du CHU de Nantes

Au CH Georges Daumezon :

- **EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité : > 16 ans**

Sectorisation : celle de la psychiatrie adulte du CHS de Daumezon (Sud-Loire)

Missions :

- Accompagnement vers les soins de toute personne en situation de précarité et/ou d'exclusion présentant une souffrance psychique ou une pathologie psychiatrique ;
- Qoutien des professionnels, bénévoles et acteurs de 1^e ligne, de l'entourage ;
- Formation sur la clinique de la précarité

Equipe : 1 responsable, 3 psychiatres, 1 cadre de santé, 4 infirmiers, 2 psychologues

Demande à adresser au secrétariat : [REDACTED] :

Délai de réponse dans la semaine

1^e rencontre dans le mois, en tripartite (patient, personne adressant le patient, EMPP)

- **Equipe mobile de pédopsychiatrie Pégase : < 18 ans ; hébergés en foyer**

Sectorisation : secteur I03 (CH Daumezon),

Equipe : 1 pédopsychiatre, 1 cadre de santé, des infirmières, 1 psychologue et 1 assistante sociale

Missions : **Equipe sollicitée par les équipes éducatives**

- Identifier et évaluer les besoins de soins pédopsychiatriques
- Soutenir les équipes éducatives
- Faciliter les liens entre les ≠ professionnels engagés auprès des enfants et adolescents

Intervention **limitée** dans le temps ; ne remplace pas les suivis déjà existants

Tel : 02 51 82 93 91 du lundi au vendredi de 9h à 17h

Mail : [REDACTED]

Au CH de Saint-Nazaire :

- **Equipe mobile de psychiatrie et précarité du CH de Saint-Nazaire : tout âge**

Sectorisation : 3 secteurs de psychiatrie adulte du CH de Saint-Nazaire + secteur de pédopsychiatrie (de Pornic à Saint Nazaire, la Brière et toute la presqu'île Guérandaise)

Equipe : 1 psychiatre, 1 cadre de santé, 3 infirmiers, 1 psychologue, 1 éducatrice spécialisée

Tel : **02 72 27 87 74** du lundi au vendredi de 9h à 17h

Mail : 

- **Equipe de pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie : adolescents**

Equipe intervenant lors d'hospitalisation en pédiatrie à la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire

Secrétariat de pédiatrie : 02 72 27 81 10

A EPSYLAN (Blain) :

- **Equipe de liaison de pédopsychiatrie au CH de Châteaubriant : < 16 ans**

Equipe rattachée au CMP de Châteaubriant (EPSYLAN) intersectorielle, intervenant aux urgences et lors d'hospitalisation en pédiatrie

Pas de réservation de lit ou d'hospitalisation programmée

Possibilité de consultation conjointe avec la psy adulte aux urgences pour les 16-18 ans

Equipe : 1 pédopsy, 1 cadre, 1 psychologue, 1 AS, 2 infirmiers, 1 éducateur spécialisé, 1 AMA

Tel : **06 66 55 01 14** lundi au vendredi 9h-17h)

Mail : 

Secrétariat de pédiatrie : 02 40 55 88 87

Psychiatrie d'urgence / post urgence à Ancenis et Châteaubriant : > 16 ans

Equipe dépendant d'EPSYLAN, intervenant sur les urgences du CH d'Ancenis et de Châteaubriant

◆ **Des soins pour les adolescents** (hors CMP)

- **HDJ de crise : MICADO : 11-18 ans**

Unité des secteurs de pédopsychiatrie 1 et 2 du CHU de Nantes

Prise en charge intensive d'au moins 3 temps/semaine sur 6 semaines renouvelables (entretiens individuels et familiaux, groupes). Nécessite une bonne observance.

Indications : pathologie de l'agir (scarifications, IS, conduites sexuelles à risque, TCA, addictions).

Demande de consultation au CMP du secteur par l'équipe éducative (Secrétariat : pédo1/Haute-Roche 02 53 52 64 64 ; pédo2/Samothrace 02 40 59 60 60), confirmation ou non de l'indication.

- **SHIP : Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie : < 16 ans**

Service intersectoriel rattaché au pôle 44 I99, du CH Daumezon.

2 unités d'hospitalisation temps plein SAFRAN (7 lits) et semaine HORIZON (7 lits)

1 unité soins-études : MUSE

Demande à adresser et à actualiser régulièrement auprès du secrétariat par le médecin.

Secrétariat : 02 40 20 70 00 (HORIZON) / 01 (SAFRAN) / 03 (MUSE)

- **SHAdo : Service d'Hospitalisation pour Adolescents : < 17 ans**

Service d'hospitalisation intersectoriel rattaché au pôle pédopsychiatrique du CH de St-Nazaire.

7 lits d'hospitalisation temps plein, 2 lits de séquentielle, 2 lits d'hospitalisation de nuit

Demande à adresser et à actualiser régulièrement auprès du secrétariat par le médecin

Secrétariat : 02 40 90 53 43

- **Unité Espace : 15-20 ans**

Espace de soins et de prévention, rattaché à la psychiatrie 5 du CHU de Nantes.

Indications : conduites de mise en danger de soi, en l'absence d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une dépendance fixée à l'alcool ou aux drogues illicites

Unité de consultation et prévention : rendez-vous auprès du secrétariat du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 : **02 40 84 62 98**.

Unité d'hospitalisation (temps plein ou temps partiel) : courrier du psychologue ou du médecin à envoyer par mail. Evaluation de l'indication via une consultation avec le psychologue de l'unité.

**Toute hospitalisation nécessite une autorisation de soins sur mineur :
Voir section « Service MNA du Département Loire-Atlantique »**

- **MDA : Maison des Adolescents de Loire-Atlantique : 11-21 ans**

Lieu d'accueil, d'écoute, d'information et d'accompagnement pour adolescents (confidentiel, anonyme et gratuit)

- **MDA de Nantes**: 7 rue Julien Videment à Nantes ; 02 40 20 89 65

Du lundi au samedi de 13h à 18h ou sur rdv (fermé le samedi pendant les vacances scolaires)

- **Antenne à Saint-Nazaire** : 80 avenue du Général de Gaulle ; 02 51 10 75 75

Lundi, mercredi et vendredi de 13h à 18h, ou sur rendez-vous

+ Des accueils possibles à Pontchâteau et Pornic, sur rdv, une demi-journée toutes les 2 semaines

- **Antenne à Nozay**: 11 bis Route d'Abbaretz ; 02 40 51 55 60

Accueil sur rendez-vous uniquement.

- **Antenne à Aigrefeuille-sur-Maine**: 41 avenue de Nantes ; 02 28 21 44 40

Sur rendez-vous uniquement.

◆ **La Planning Familial** : pour les questions concernant la sexualité, la contraception, l'IVG, les IST, etc. : à tout âge, avec ou sans couverture sociale (anonyme et gratuit)

- **Nantes** :

* **Centre Simone Veil au CHU de Nantes** : rez-de-chaussée de l'Hôpital Mère-Enfant

02 40 08 49 69

* **Planning Familial de Loire-Atlantique** : 4 rue Meuris à Nantes (arrêt Gare Maritime)

02 40 20 41 51 ; contacts@planningfamilial44.com

* **Centre Clotilde Vautier** : 49 boulevard Jules Grandjouan à Nantes (Clinique Jules Verne)

02.51.17.14.83

- **Saint-Nazaire** :

* **Planning Familial de Loire-Atlantique à Saint-Nazaire** : 80 avenue du Général de Gaulle

02 51 10 79 79 - saintnazaireplanning@gmail.com

* **Centre de planification familiale** : 57 rue Michel-Ange, 44600 Saint-Nazaire (Parc d'Heinlex, bâtiment Prévention et promotion de la santé)

02.40.90.52.30

- **Ancenis** :

* **Centre de planification familiale** : Centre Hospitalier Francis Robert (160 rue du Verger)

02.40.09.46.44

- **Châteaubriant** :

* **Centre de planification familiale** : Centre Hospitalier de Châteaubriant (9 rue de Verdun)

02.40.55.88.11

◆ Des soins pour les femmes victimes de violences et/ou mutilations sexuelles

- **UGOMPS : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale**

Unité rattachée à la Maternité du CHU de Nantes

Equipe pluridisciplinaire : gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, psychologue, assistante sociale.

Assure le suivi gynécologique et obstétrique de femmes fragilisées, et notamment des victimes de violences physiques, morales et/ou sexuelles et des femmes africaines ayant subi des mutilations génitales.

+ Prise en charge des patientes souffrant de mutilations génitales

Approche proposée par l'équipe de l'UGOMPS

Equipe composée de : psychologue, sexologue, assistante sociale, chirurgien.

1. Participer à(aux) réunion(s) d'informations **sans inscription** proposée(s) **tous les derniers vendredis du mois de 14h à 15h** (discussion autour des conséquences et possibilités de prises en charge des mutilations génitales)
2. Au cours de ces réunions : possibilité d'avoir un rendez-vous avec un professionnel de l'équipe

Mail : bp-sos-excision@chu-nantes.fr

Lieu : Rez-de-chaussée de l'Hôpital Mère Enfant ; 38 boulevard Jean Monnet – Nantes

Secrétariat : 02 40 08 30 32 (lundi au vendredi de 9h à 17h)

◆ Unités médico-légales :

- **UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique des Enfants en Danger : < 15 ans 3 mois**

Evaluation à la demande d'un professionnel ou pour un examen sur réquisition judiciaire.

Equipe pluridisciplinaire : pédiatres, psychologue, pédopsychiatre, puéricultrice, assistante sociale, chirurgien infantile, secrétaire, et pédiatre légiste.

Secrétariat : 02 40 08 44 54

Lieu : Rez-de-chaussée de l'Hôpital Mère Enfant ; 38 boulevard Jean Monnet à Nantes

- **UMJ : Unité Médico-Judiciaire : > 15 ans 3 mois**

Examen médico-légal sur réquisition de l'autorité judiciaire, parfois pouvant entrer dans le cadre d'une demande d'asile. Les consultations avec un psychologue ont lieu sur réquisition judiciaire après un premier rendez-vous avec un médecin légiste.

Secrétariat : 02 40 08 38 28

Lieu : 2^{ème} étage du bâtiment Jean Monnet ; 30 Boulevard Jean Monnet à Nantes

◆ Addictologie :

- Consultations spécialisées hospitalières :

*** Addictologie Rabelais du CHU de Nantes :**

Consultations spécialisées dans les addictions à des substances psychoactives

Demande via le secrétariat avec envoi d'un double courrier (médical et personnel)

Secrétariat : 02 40 84 61 16

addictologie@chu-nantes.fr

Lieu : Accueil Rabelais – Hôpital Saint-Jacques – Bâtiment Louis-Philippe (rez-de-chaussée)

*** Espace Barbara du CHU de Nantes : > 15 ans 3 mois**

Consultations spécialisées dans les addictions comportementales (troubles du comportement alimentaire, jeu excessif et pathologique, activités sportives à risque, etc.)

Secrétariat : 02 40 20 66 40

espace.barbara@chu-nantes.fr

Lieu : 9 bis rue Bouillé à Nantes

*** EPSYLAN Escabelle : > 15 ans et 3 mois**

Pour les personnes du secteur d'EPSYLAN

Secrétariat : 02 40 51 52 80

pi.escabelle@epsylan.fr

*** Addictologie au CH de Saint Nazaire :**

Consultations spécialisées dans les addictions aux produits ou les addictions comportementales

Secrétariat : 02 40 90 76 66

Lieu : site d'Heinlex à Saint-Nazaire, Bâtiment « Les Alizés »

*** CH Daumezon – Fédération de Santé Publique, axe addictologie :**

Prise en charge de personnes ayant un problème avec une conduite addictive associée à un trouble psychiatrique

Secrétariat : 02 51 82 93 80

secretariat.intersectoriel-fsp@ch-gdaumezon.fr

- **Les APSYADES :**

Les **CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)** sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'information, de soin, et d'orientation destinés aux personnes mineures ou majeures, présentant une/des addictions aux produits ou comportementales.

Les CSAPA proposent des **Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)** : accueil gratuit et confidentiel de jeunes entre 12 et 25 ans.

*** CSAPA Ancenis**

110 place Charles de Gaulle

Secrétariat : 02 40 96 01 93 ; csapa.ancenis@lesapsyades.fr

*** CSAPA Châteaubriant**

15 rue de la Libération

Secrétariat : 02 40 28 04 76 ; csapa.chateaubriant@lesapsyades.fr

*** CSAPA Clisson**

4 cours des Marches de Bretagne – ZAC du Champ de Foire

Secrétariat : 02 40 73 49 25 ; csapa.clisson@lesapsyades.fr

*** CSAPA Nantes (Bd Jean XXIII)**

54 boulevard Jean XXIII

Secrétariat : 02 40 40 97 96 ; csapa.lafont@lesapsyades.fr

*** CSAPA Nantes (Moutaudouine)**

1 rue Moutaudouine

Secrétariat : 02 40 73 38 33 ; csapa.moutaudouine@lesapsyades.fr

*** CSAPA Pornic**

2 rue Marin Marie – ZAC de la Ria

Secrétariat : 02 40 21 01 96 ; csapa.pornic@lesapsyades.fr

*** CSAPA Rezé**

55 rue Jean Jaurès

Secrétariat : 02 40 04 10 19 ; csapa.reze@lesapsyades.fr

Qui sont les Mineurs Non Accompagnés ?

> 90% sont des **garçons**

80% ont entre **16 et 18 ans**

Certains bénéficient d'un Contrat

Jeune Majeur à leur majorité.

Fig. 10 – Lieu de naissance des MNA au 31/12/2020 en Loire-Atlantique

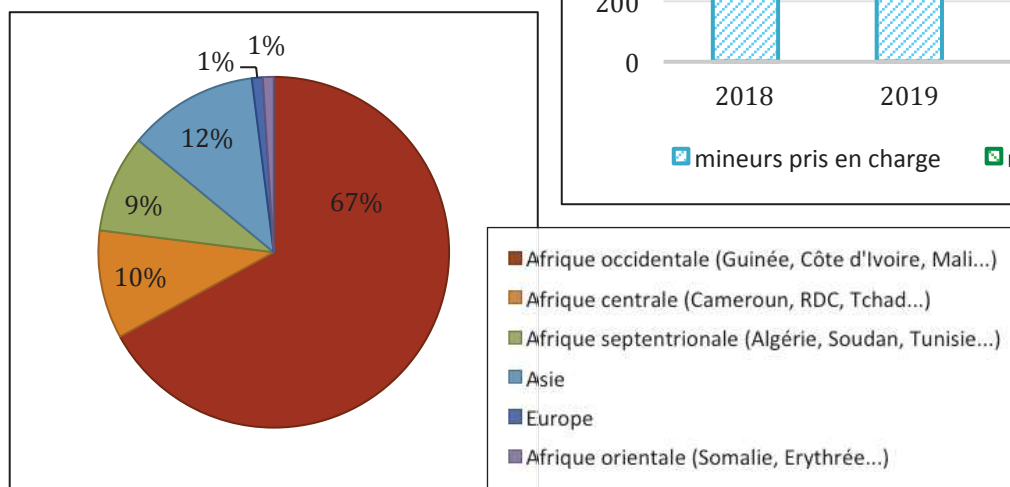
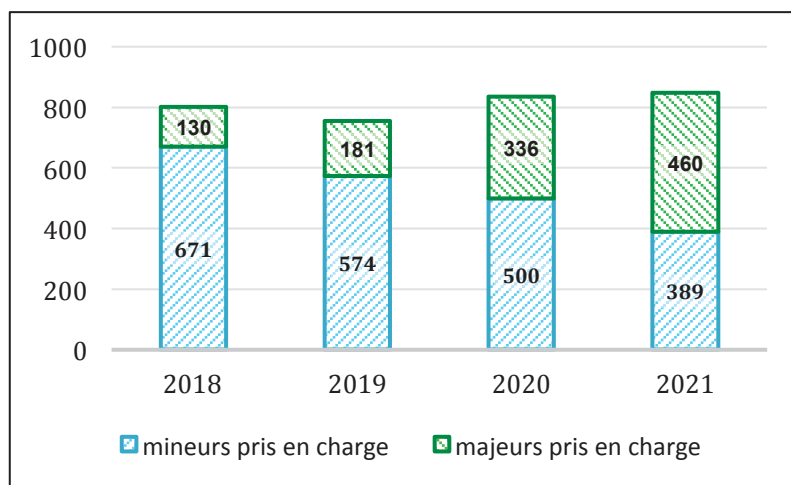


Fig. 9 - Jeunes pris en charge par le Département de Loire-Atlantique




Des profils hétérogènes^{2,3}


- Les **mineurs « exilés »** fuient les guerres et les conflits ethniques. Certains essaient d'échapper à un enrôlement forcé dans des forces armées.
- Les **mineurs « mandatés »** sont mandatés par leurs proches pour se rendre en Europe (aide financière, ou réussite sociale et économique).
- Les **mineurs « exploités »** sont aux prises de « trafiquants » avant même d'arriver sur le territoire français (prostitution, travail clandestin, mendicité ou actes de délinquance). Pas forcément des réseaux à grande échelle.
- Les **mineurs « fugueurs »** fuient le domicile familial ou l'orphelinat (conflits, maltraitance...)
- Les **mineurs « errants »** étaient déjà en situation d'errance dans leur pays d'origine. Possibilité de conduites de consommation de toxiques et d'actes de délinquance.
- Les « **mineurs-rejoignants** » rejoignent un parent ou un membre de la famille élargie, mais sont stoppés au cours du trajet migratoire ou proche ne pouvant assurer le statut de représentant légal.
- Les « **mineurs-aspirants** » sont dans une quête de protection ou de meilleures conditions de vie, ils dénoncent la corruption, l'injustice, les inégalités et les discriminations de leur pays d'origine.

Quelques grandes lignes sur la santé mentale des MNA

Dès l'arrivée dans leur pays d'accueil, parmi les MNA ⁴ :

 1 sur 2 présenterait un état de stress post-traumatique.

 Près d'1 sur 4 présenterait un état dépressif.

 Près d'1 sur 4 présenterait un trouble anxieux.

Cependant, **attention au paradoxe d'accueil** ⁵ : période de lune de miel pendant lequel le jeune va internaliser ses troubles pour légitimer sa place, tenter de s'adapter aux exigences du milieu et de la culture du pays d'accueil, favoriser son intégration sociale et administrative.

⚠ Le risque est de **sous-estimer les besoins** en santé mentale des jeunes.

Le jeune MNA présente une **double vulnérabilité** : il est à la fois **adolescent** et **migrant**.

⚠ Chez un adolescent, **tout passage à l'acte** (fugue, crise clastique, automutilation, tentative de suicide, conduite sexuelle à risque, conduites addictives, vol, etc.) **peut être un symptôme d'une dépression**. ⁶

Être victime ou témoin de **violences** active les mécanismes de survie chez le jeune. La pensée et l'expression des émotions sont comme suspendues. Le processus adolescent peut être interrompu ⁷. La maturité observée chez certains jeunes peut être en réalité une « **maturité post-traumatique** » ⁸.

♦ Le trouble psychique le plus fréquent chez les MNA est l'**état de stress post-traumatique** (flashback traumatiques, cauchemars, hypervigilance, etc.). Lorsque les violences ont été répétées, intenses et organisées, l'état de stress post-traumatique peut être **complexe** ⁹ : difficultés à réguler ses affects, dissociation, somatisations, culpabilité, altération de la perception de l'agresseur (désir de vengeance ou idéalisation), altération de la relation aux autres (méfiance, hétéro-agressivité), etc.

♦ Raconter le récit traumatique, notamment lors de la procédure de demande d'asile peut réactiver des blessures psychiques.

Le **travail de lien** est primordial dans la prise en charge d'un MNA : entre les travailleurs sociaux et bénévoles accompagnant le jeune, les différents professionnels de santé (le médecin traitant, le CMP, etc.), l'école, les amis mais aussi la famille. Faire exister la famille passe par la mentionner mais peut aussi prendre la forme de liens par téléphone ¹⁰.

Bibliographie

- ¹ ASCANTIS. (2018). *Diagnostic Territorial partagé en Santé Mentale (DTSM) - Loire-Atlantique (44)*.
- ² Etiemble, A. (2002). *Les mineurs isolés étrangers en France*.
- ³ Etiemble, A., & Zanna, O. (2013). *SYNTHÈSE : « Des typologies pour faire connaissance avec les mineurs isolés étrangers et mieux les accompagner »*.
- ⁴ Radjack, R., Minassian, S., & Moro, M. R. (2016). Grandir quand on est mineur isolé. *Revue de l'enfance et de l'adolescence, n° 93(1)*, 49-62.
- ⁵ Gaultier, S. (2019). *Ecouter le patient migrant : Un nécessaire travail de déconstruction imaginaire*. 11-13.
- ⁶ Marcelli, D., Braconnier, A., & Tandonnet, L. (2018). *Adolescence et psychopathologie* (9e éd). Elsevier Masson.
- ⁷ Hours, A. (2020). Au-delà des mots, rencontrer le mineur non accompagné, tenter de traduire le(s) passage(s) en péril. *Enfances Psy, N° 86(2)*, 114-124.
- ⁸ Duterte, P. (2017). Thérapie familiale chez les nouvellement dénommés... mineurs non accompagnés... Une impossibilité, un paradoxe, une solution ? *Revue de l'enfance et de l'adolescence, 96(2)*, 93-108.
- ⁹ Baudet, T., & Moro, M. R. (2013). *Psychopathologie transculturelle* (2e éd). Elsevier-Masson.
- ¹⁰ Barboux, D., Benazizi, C., & Pouthier, M. (2018). Quel type de travail avec les parents lorsqu'ils ne sont pas sur le territoire ? *Enfances Psy, N° 79(3)*, 83-94.

Image de couverture : superposition de deux images libres de droit, réalisées par Noah Haggerty et Bianca Van Dijk, accessibles sur Pixabay

Figures 1, 6, 7 et 8 : cartes disponibles sur le site d'EPSYLAN

Figures 2 et 3 : cartes disponibles sur le site du CHU de Nantes

Figure 4 : carte du livret de présentation du secteur de psychiatrie adulte du CH de Saint-Nazaire, disponible sur le site du CH de Saint-Nazaire

Figures 5 : carte disponible sur le site du CHS Daumezon

Figures 9 et 10 : infographie et données statistiques transmises par le service MNA de Département

Sites internet consultés : CHU de Nantes, CH de Saint-Nazaire, EPSYLAN, CHS Daumezon, service départemental de Loire-Atlantique, ASAMLA, ISM, BEREKTY, InfoMIE, OPPELIA, drogues-info-service, Apsyades.

A LIRE : Outil pratique élaboré dans le cadre

du groupe de travail Santé de la plateforme nationale InfoMIE :

Le repérage des signes de souffrance chez le/la jeune isolé-e étranger-e

Disponible sur infomie.net

Bibliographie

- Adam, C. (2017). Thématique 2—Chapitre 1 : Population et inégalités sociales de santé : De qui parle-t-on ? In *La santé des populations vulnérables* (p. 92-99).
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). (2018). *L'accompagnement des Mineurs Non Accompagnés dits « Mineurs Isolés Étrangers » - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*.
- Alfano, P., Piccolo, G. L., Audino, P., & Baubet, T. (2018). Image et culture dans la prise en charge de mineurs isolés étrangers. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(4), 557-578.
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.04.008>
- American Psychiatric Association, (APA), Crocq, M.-A., & Guelfi, J. D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Health Sciences France.
<http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4337396>
- ANSM. (2021, mai 21). *Prégabaline (Lyrica et génériques) : Modification des conditions de prescription et délivrance pour limiter le mésusage*. <https://ansm.sante.fr/actualites/pregabaline-lyrica-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-pour-limiter-le-mesusage>
- Article L1110-4—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 12 juillet 2022, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/
- Assayag, B., Taïeb, O., Moro, M. R., & Baubet, T. (2020). Mineurs non accompagnés—Filiation et affiliations d'un pays à l'autre. *L'Autre*, 21(3), 340-349. <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2020-3-page-340.htm>
- Assemblée des Départements de France. (2021). *L'accueil et la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés (MNA) par les Conseils départementaux*.
- Auxéméry, Y. (2018). Post-traumatic psychiatric disorders : PTSD is not the only diagnosis. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, 47(5), 423-430. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.12.006>
- Aznar-Berko, M. (2018). *L'impensé et les non-dits de l'immigration : L'exil en héritage. Approche psychosociale clinique* [These de doctorat, Sorbonne Paris Cité].
<http://www.theses.fr/2018USPCC018>
- Aznar-Berko, M. (2021). Figures adolescentes en exil. De l'adolescence suspendue à l'adolescence contestée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, N° 31(1), 65-80. <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2021-1-page-65.htm>
- Barbaux, D., Benazizi, C., & Pouthier, M. (2018). Quel type de travail avec les parents lorsqu'ils ne sont pas sur le territoire ? *Enfances Psy*, N° 79(3), 83-94. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2018-3-page-83.htm>

- Baubet, T., LE ROCH, K., BITAR, D., Moro, M. R., & BRADOL, J.-H. (2003). *Soigner malgré tout. Tome 1, trauma, culture et soins*. La pensée sauvage.
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2009). Les effets de la migration et de l'exil. *Psychopathologie Transculturelle. de L'enfance À L'âge Adulte*, 49-570.
- Baudet, T., & Moro, M. R. (2013). *Psychopathologie transculturelle* (2e éd). Elsevier-Masson.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing Psychological Distress, Traumatic Stress Reactions, and Experiences of Unaccompanied Refugee Minors With Experiences of Adolescents Accompanied by Parents. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195(4), 288-297. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243751.49499.93>
- Bennabi-Bensekhar, M., & Moro, M. R. (2018). Pratiques de soins psychiques et diversité culturelle. *Perspectives Psy*, Vol. 57(4), 316-321. <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2018-4-page-316.htm>
- Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5-34. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>
- Biétry, C., & Afnaim, A. (2008). *Une autre langue (3e partie)—La place de l'interprète au coeur du soin— Traduire les maux du corps*. 41, 8-9.
- Bossuroy, M., Baubet, T., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2015). L'évaluation clinique en situation transculturelle. *EMC - Psychiatrie*. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(14\)52941-0](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(14)52941-0)
- Bossuroy, M., Martin, C., & Pons, C. (2018). Le travail du psychologue auprès de migrants mineurs non accompagnés. *Canal Psy*, 123, 32-37. <https://doi.org/10.35562/canalpsy.1920>
- Bouaziz, N., & Yeim, S. (2013). Les risques d'erreurs diagnostiques chez les mineurs isolés étrangers. *Adolescence*, T. 31 3(3), 625-632. <https://doi.org/10.3917/ado.085.0625>
- Bouche-Florin, L. (2019). L'addiction chez les mineurs non accompagnés : Comment passer du produit au récit. *Psychotropes*, Vol.25, n°1, 25-45.
- Burloux, G. (2004). *Le corps et sa douleur* (Dunod). <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/corps-et-sa-douleur-hysterie-hypocondrie-nevrose>
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Gérome, C., Martinez, M., Milhet, M., Detrez, V., & Adès, J.-É. (2020). *1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France*. 72.
- Carlson, E. B. (1997). *Trauma Assessments : A Clinician's Guide*. Guilford Press.
- Carlson, E. B., & Dalenberg, C. J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 4-28. <https://doi.org/10.1177/1524838000001001002>
- Chandler, M. J. (2001). The time of our lives : Self-continuity in native and non-native youth. *Advances in Child Development and Behavior*, 28, 175-221. [https://doi.org/10.1016/s0065-2407\(02\)80065-9](https://doi.org/10.1016/s0065-2407(02)80065-9)

- Chapellon, S. (2020). Franchir une frontière à l'adolescence. *Adolescence*, 381(1), 225-243. <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/revue-adolescence-2020-1-page-225.htm>
- Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France. (2012). <https://www.asamla.fr/interpretariat/>
- Coignac, A. B. de, & Baubet, T. (2013). Transes et construction identitaire chez les mineurs isolés étrangers. *Adolescence*, T. 31 n°3(3), 613-623. <https://www.cairn.info/revue-adolescence-2013-3-page-613.htm>
- Cote, A. (2021). L'exil et les adolescents. *Hommes Migrations*, n° 1333(2), 77-83. <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/revue-hommes-et-migrations-2021-2-page-77.htm>
- Défenseur des droits—Rapports—Droits de l'enfant en 2017 (extrait). « Au miroir de la Convention des droits de l'enfant ». (2017). *Journal du droit des jeunes*, N° 368-369-370(8), 153-156. <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2017-8-page-153.htm>
- Denicola, J., Bodier, M., & Viardot, C. (2019). Penser le soin psychique des mineurs non accompagnés en foyer de l'enfance. *Soins psychiatrie - ISSN : 0241-6972*, n°324, 29-32. <https://www.em-premium.com/article/1325309>
- Denicola, J., & Leconte, J. (2016). Travail clinique auprès des mineurs isolés étrangers dans un foyer d'accueil. *VST - Vie sociale et traitements*, N° 130(2), 53-59. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2016-2-page-53.htm>
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity & Health*, 12(2), 141-162. <https://doi.org/10.1080/13557850601002296>
- Derluyn, I., Broekaert, E., & Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 54-62. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0636-x>
- Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 44(3), 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.07.016>
- Dhôte, J., Moro, M.-R., & Lachal, J. (2017). La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, état des lieux. *SOINS PSYCHIATRIE*, 38(312), 43070. <https://go.openathens.net/redirector/ghu-paris.fr?url=http://www.em-premium.com/article/1139276/article/la-transition-de-la-pedopsychiatrie-a-la-psychiatr>
- Diagnostic Territorial Partagé en Santé Mentale, Loire-Atlantique*. (2019).
- Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ). (2021). *Rapport annuel d'activité 2020*.

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, (DREES). (2021). *Les établissements de santé—Édition 2021*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021>
- Duterte, P. (2017). Thérapie familiale chez les nouvellement dénommés... mineurs non accompagnés... Une impossibilité, un paradoxe, une solution ? *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 96(2), 93-108. <https://www.cairn.info/revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2017-2-page-93.htm>
- Erikson, E. (2011). *Adolescence et crise : La quête de l'identité*. FLAMMARION.
- Etiemble, A. (2002). *Les mineurs isolés étrangers en France*. <https://www.histoire-immigration.fr/opac/8701/show>
- Étiemble, A. (2005). Quelle protection pour les mineurs isolés en France ? *Journal du droit des jeunes*, N° 243(3), 14-19. <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2005-3-page-14.htm>
- Etiemble, A., & Zanna, O. (2013). *SYNTHÈSE : « Des typologies pour faire connaissance avec les mineurs isolés étrangers et mieux les accompagner »*. <https://www.infomie.net/spip.php?article12>
- Gaubert, C. (2019, mars 26). *Jeunes migrants : Pourquoi les tests osseux ne suffisent pas*. Sciences et Avenir. https://www.sciencesetavenir.fr/sante/os-et-muscles/jeunes-migrants-pourquoi-les-tests-osseux-ne-suffisent-pas_132404
- Gaultier, S. (2018). Stress post-traumatique et alliance thérapeutique auprès de mineurs non accompagnés. *Rhizome*, 6970(3), 15-16. <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-3-page-15.htm>
- Gaultier, S. (2019). *Ecouter le patient migrant : Un nécessaire travail de déconstruction imaginaire*. 11-13.
- Gaultier, S. (2020). *Réflexion sur la typologie des motifs migratoires chez les mineurs non accompagnés* (p. 71-82).
- Gautier, L., Spagnolo, J., & Quesnel-Vallée, A. (2020). Comment favoriser la communication thérapeutique avec une population vulnérable ? *Migrations Societe*, N° 181(3), 121-134. <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/revue-migrations-societe-2020-3-page-121.htm>
- Goguikian Ratcliff, B., & Suardi, F. (2006). L'interprète dans une consultation thérapeutique : Conceptions de son rôle et difficultés éprouvées. *Psychothérapies*, 26(1), 37-49. <https://doi.org/10.3917/psys.061.0037>
- Golse, B., & Moro, M. R. (2017). Le concept de filiation narrative : Un quatrième axe de la filiation. *PSYCHIATRIE DE L'ENFANT*, 1 vol 60, 3-23. <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2017-1-p-3.htm>
- Guessoum, S. B., Touhami, F., Radjack, R., Moro, M. R., & Minassian, S. (2020). Prendre en charge les mineurs non accompagnés : Spécificités d'un dispositif complémentariste en contexte transculturel. *L'Autre*, Volume 21(3), 262-273. <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2020-3-page-262.html>

- Haute Autorité de Santé. (2017, décembre). *L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « Mineurs isolés étrangers (MNA) »*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833668/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etrangeurs-mna
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Evaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques— Enfants et adultes*.
- HORS LA RUE. (2019). *Rapport d'activité 2018, Montreuil : Hors La Rue, 2019*.
- Hotlink—OFDT. (s. d.). Consulté 1 juillet 2022, à l'adresse <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxac2a9.pdf>
- Hours, A. (2020). Au-delà des mots, rencontrer le mineur non accompagné, tenter de traduire le(s) passage(s) en péril. *Enfances Psy*, N° 86(2), 114-124. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2020-2-page-114.htm>
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., & Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(3), 307-319.
- Jarlby, F., Goosen, S., Derluyn, I., Vitus, K., & Jervelund, S. S. (2018). What can we learn from unaccompanied refugee adolescents' perspectives on mental health care in exile? *European Journal of Pediatrics*, 177(12), 1767-1774. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3249-0>
- Jeammet, P. (1980). Réalité externe et réalité interne : Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*, vol. 44, n° 3-4, 481-522 (42 pages).
- Jedwab, N., & Nguyen-Lamouri, C. (2015). Prise en charge des états psychotiques aigus chez les migrants : Cas particulier des mineurs isolés aux urgences psychiatriques. *L'information psychiatrique*, Volume 91(1), 29-37. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-1-page-29.htm?contenu=resume>
- Josse, É. (2019). Chapitre 4. Les types de traumatisme. *Ouvertures Psy - LMD*, 2, 53-66. <https://www.cairn.info/le-traumatisme-psychique-chez-l-adulte--9782807320390-page-53.htm>
- Jovelin, E. (2007). Contribution à une analyse socio-politique des mineurs isolés demandeurs d'asile. *Pensee plurielle*, 14(1), 149-178. <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2007-1-page-149.htm>
- Kerloc'h, M. (2022). Clinique d'une jeunesse exilée et exclue. *Mémoires*, 82(1), 16-17. <https://doi.org/10.3917/mem.082.0016>
- Kourouma, B., Valsan, S., Idris, I., Gaultier, S., Hunziker, B., & Rosenbaum, F. (2021, février 4). *Congrès International Francophone de Hyères, année 2021—Identités et transmissions—Clinique transculturelle, enfant migrant MNA*. Clinique transculturelle - Enfant Migrant MNA, Visioconférence.

- La prise en charge des mineurs non accompagnés | Cour des comptes.* (s. d.). Consulté 27 octobre 2021, à l'adresse <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prise-en-charge-des-mineurs-non-accompagnes>
- Larousse de poche 2019* (Edition 2019). (2018). Larousse.
- Lazès-Charmetant, A. (2019). *Tendances récentes et nouvelles drogues—Bordeaux. Synthèse des résultats 2018*. OFDT. http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/syntheseTREND2015_Bordeaux.pdf
- Le contrat jeune majeur-e (CJM)*. (s. d.). Loire-atlantique.fr. Consulté 3 mai 2022, à l'adresse https://www.loire-atlantique.fr/44/enfance-familles/le-contrat-jeune-majeur-e-cjm/c_1362136
- Leboyer, M., Llorca, P.-M., & Durand-Zaleski, I. (2018). *Psychiatrie : L'état d'urgence*. Fayard.
- Leconte, J. (2014). Vécu des mineurs isolés étrangers. Voyage d'exil et arrivée en France. *Actes des séminaires de réflexion « les mineurs isolés étrangers »*. Séminaires de réflexion « les mineurs isolés étrangers » organisé par le Réseau Samdarra-Orspere/Onsmp.
- Leconte, J. (2017). « Mon corps est là, mais pas moi. ». *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 96(2), 81-92. <https://www.cairn.info/revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2017-2-page-81.htm>
- Long, J. (2021). Grandir en exil : Expériences juvéniles au cœur des trajectoires migratoires des mineurs non accompagnés venus d'Algérie et du Mali. *Hommes Migrations*, n° 1333(2), 51-57. <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/revue-hommes-et-migrations-2021-2-page-51.htm>
- Luong, C. L. (2020). Acculturation chez le migrant et le risque paranoïaque. *L'information psychiatrique*, 96(6), 435-438. <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/revue-l-information-psychiatrique-2020-6-page-435.htm>
- Marcelli, D., Braconnier, A., & Tandonnet, L. (2018). *Adolescence et psychopathologie* (9e éd). Elsevier Masson.
- Médecins Sans Frontières (MSF). (2019). *Rapport annuel de la mission de Médecins sans frontières auprès des mineurs non accompagnés : Les mineurs non accompagnés, symbole d'une politique maltraitante*. 60.
- Mestre, C. (2015). L'interprétariat en psychiatrie : Complexité, inconfort et créativité. *Rhizome*, 55(1), 38-47. <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2015-1-page-38.htm>
- Minassian, S., Touhami, F., Radjack, R., Baubet, T., & Moro, M. R. (2017). Les détours du trauma lors de la prise en charge des mineurs isolés étrangers. *Enfances Psy*, N° 74(2), 115-125. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2017-2-page-115.htm>
- Moro, M. R. (1994). *Parents en exil : Psychopathologie et migrations*. Presses Universitaires de France.
- Moro, M. R. (2009). *Les débats autour de la question culturelle en clinique* (p. 30-48). <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70434-5.00008-3>
- Moro, M. R. (2011). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent* (2e éd). Dunod.

- Moro, M. R., & Baubet, T. (2009). *Les soins en situation transculturelle* (p. 151-167).
<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70434-5.00013-7>
- Nathan, T. (2015). *La folie des autres : Traité d'ethnopsychiatrie clinique*.
- Ní Raghallaigh, M. (2013). The Causes of Mistrust amongst Asylum Seekers and Refugees : Insights from Research with Unaccompanied Asylum-Seeking Minors Living in the Republic of Ireland. *Journal of Refugee Studies*, 27, 82-100. <https://doi.org/10.1093/jrs/fet006>
- Ouagazzal, O. (2020). *Événements Traumatogènes et Symptômes Post-Traumatiques : Clinique, Évaluation et Conséquences Psychopathologiques de l'Exposition aux Événements Traumatogènes* [These de doctorat, Nantes]. <http://www.theses.fr/2020NANT2040>
- Outil pratique—Le repérage des signes de souffrance chez le/la jeune isolé-e étranger/ère. (2016). *Journal du droit des jeunes*, N° 358-359-360(8), 49-62. <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2016-8-page-49.htm>
- Palazzi, S., & Idir, H. (2021). Les mineurs non accompagnés : Des adolescents venus d'ailleurs, citoyens de demain. *Nouvelle revue de psychosociologie*, N° 31(1), 81-94. <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2021-1-page-81.htm>
- Pinzuti, C. (2008). *Une autre langue (3e partie)—La place de l'interprète au coeur du soin—Accueillir avec un interprète*. 41, 6-7.
- Précome, S. (2019). *Difficulté de passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie de l'adulte*. Faculté de médecine Paris-Sud.
- Radjack, R., Baubet, T., El-Hage, W., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2012). Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170, 591-595. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.08.012>
- Radjack, R., Coignac, A., Sturm, G., Baubet, T., & Moro, M. R. (2012). Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers? *Adolescence*, 80, 421. <https://doi.org/10.3917/ado.080.0421>
- Radjack, R., Hieron, S., Woestelandt, L., & Moro, M. R. (2015). Reception of unaccompanied foreign minors : A challenge faced with multiple paradoxes. *Enfances Psy*, 67(3), 54-64.
<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-3-page-54.htm>
- Radjack, R., Minassian, S., & Moro, M. R. (2016). Grandir quand on est mineur isolé. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, n° 93(1), 49-62. <https://www.cairn.info/revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2016-1-page-49.htm>
- Radjack, R., Minassian, S., & Touhami, F. (2019). [Assessment and health needs of unaccompanied minors]. *Soins. Psychiatrie*, 40(324), 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2019.06.003>

- Radjack, R., Touhami, F., El Husseini, M., Bernichi, A., Mouchenik, Y., Minassian, S., & Moro, M. (2020). Les mineurs non accompagnés : Des destins individuels qui interrogent le politique. *Santé mentale au Québec*, 45(2), 97-113. <https://doi.org/10.7202/1075390ar>
- Rahmethnissah, R. (2020). *Développer des compétences transculturelles chez les professionnels travaillant avec les mineurs non accompagnés* [These de doctorat, Paris 13]. <https://www.theses.fr/2020PA131051>
- Sanchez-Mazas, P. (2012). Migration et addictions. *Dépendances*, n°46, 25-28. http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/46_dependances.pdf
- Santé Publique France. (2022). *Santé mentale et COVID-19*. <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>
- Skandrani, S. M., & Bouche-Florin, L. (2013). Adolescence : La construction identitaire et ses aléas. In *Psychopathologie transculturelle* (p. 203-220). Elsevier Masson.
- Solomon, E., & Heide, K. (1999). Type III Trauma : Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology - INT J OFFEND THER COMP CRIMIN*, 43, 202-210. <https://doi.org/10.1177/0306624X99432007>
- Sturm, G. (2005). *Les thérapies transculturelles en groupe « multiculturel »*. Une ethnographie de l'espace thérapeutique.
- Taïeb, O., Baubet, T., Pradère, J., Lévy, K., Revah-Lévy, A., Serre, G., & Moro, M.-R. (2004). Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. *EMC - Psychiatrie*, 1(1), 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.emcps.2003.06.002>
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas : An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Thibaudeau, C. (2006). Mineurs étrangers isolés : Expérience brutale de la séparation. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 64(2), 97-104. <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2006-2-page-97.htm>
- Touhami, F., Minassian, S., Radjack, R., & Moro, M. R. (2017). Le dessin, support de soins aux mineurs isolés étrangers. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 38, 32-35. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2016.11.007>
- Touhami, F., Radjack, R., & Moro, M. R. (2015). Penser les enfants isolés, des objets pour dire le temps. *Le Carnet PSY*, 188(3), 36-41. <https://doi.org/10.3917/lcp.188.0036>
- Venet, E. (2020). *Manifeste pour une psychiatrie artisanale*. Editions Verdier.
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 337-346. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0463-1>

Watters, C., & Ingleby, D. (2004). Locations of care : Meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27(6), 549-570.

<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.08.004>

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)



Professeur Olivier BONNOT

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)



Docteur Sylvain BISLEAU

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : LEBRETON

PRENOM : Inès

Titre de Thèse : Réflexion autour des soins en Centre Médico-Psychologique des Mineurs Non Accompagnés : étude qualitative auprès des professionnels des dispositifs éducatifs d'accueil et des Centres Médico-Psychologiques de Loire-Atlantique

RESUME (10 lignes)

Les Mineurs Non Accompagnés (MNA) rencontrent des difficultés d'accès aux soins en santé mentale. Notre étude constitue une ébauche de réflexion autour des soins en Centre Médico-Psychologique des MNA. La problématique adolescente mêlée à un contexte transculturel, une barrière linguistique et un passé traumatique souvent complexe, influe sur la relation thérapeutique et la réflexion clinique. La continuité des soins est menacée par une alliance fragile et une instabilité multiple. L'engorgement des CMP limite l'adaptation du suivi aux temporalités des jeunes. Or, des leviers sont possibles: interprétariat, prise en compte du contexte transculturel, entretiens en binôme ou en groupe, médiations, etc. Le travail de lien est essentiel pour limiter les ruptures et faire des MNA, des « mineurs accompagnés ».

MOTS-CLES

MINEURS NON ACCOMPAGNES
MINEURS ISOLES ETRANGERS
MIGRATION
AIDE SOCIALE A L'ENFANCE
PROTECTION DE L'ENFANCE
PSYCHIATRIE
PEDOPSYCHIATRIE
CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE
SANTE MENTALE
RECHERCHE QUALITATIVE