



*Juillet 2023*

**« Guide d'information et de recommandations des  
bonnes pratiques pour l'orientation et  
l'accompagnement des mineurs non accompagnés  
(MNA) vers les soins en santé mentale ».**

## AVANT PROPOS

Ce guide vient compléter la note en direction des offreurs de soins concernant la prise en charge des mineurs non accompagnés (MNA) ARS du 31/07/ 2023.

Il est le résultat d'un travail collaboratif et pluri partenarial qui s'est déroulé entre fin 2022 et début 2023.

## INTRODUCTION

**Ce guide s'adresse** : à toute personne en position d'être en relation avec un mineur non accompagné (professionnel de santé / social / éducatif / associatif professionnel ou bénévole) qui serait confronté à l'accompagnement du MNA vers l'accès aux soins en santé mentale.

**Il a pour objectif** d'aider à mieux saisir les facteurs de vulnérabilité pouvant fragiliser leur état psychologique et proposer des pistes d'amélioration dans la prise en charge.

- Les MNA sont avant tout des adolescents avec des besoins communs à cette tranche d'âge et qui très souvent bien avant leur migration ont été confrontés à des conditions de vie défavorables impactant leur santé mentale
- Leur parcours migratoire et leur condition de vie en France les ont confrontés à de nouvelles difficultés qui ont contribué à dégrader un peu plus et globalement leur état de santé physique et psychique
- Dans ces conditions, même si cette note porte électivement sur la question de la santé mentale celle-ci ne peut s'apprécier que dans une vision globale de la santé de ces jeunes
- Les réponses aux besoins de santé doivent interroger les conditions de vie de ces jeunes et s'inscrire dans la temporalité, prendre en compte les questions éthiques propres à toute intervention auprès de populations en situation de précarité.

### Précisions méthodologiques

Nous avons pris le parti de ne pas introduire cette note par des données quantitatives, facilement accessibles via plusieurs sources officielles (site du ministère de la justice, de l'intérieur, Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques, rapport annuel de la mission mineurs non accompagnés ...)

Les MNA dont cette note fait état, sont des jeunes personnes, majoritairement âgées entre seize et dix-huit ans, le plus souvent de sexe masculin, primo-arrivants, qui n'ont pas encore été évalués par l'ASE et/ou en recours. Ainsi les mots MNA, jeune, adolescent seront utilisés en alternance et en synonymie.

Nous ferons abstraction d'une focale sur l'importance de l'interprétariat et/ou de la médiation en santé. Cette note rappellera juste que le recours à un interprète :

- fait partie des droits des usagers du système de santé<sup>1</sup>, • est une nécessité éthique (Byorn, 2005) • améliore la prise en charge / l'alliance avec le patient • favorise l'établissement ou le rétablissement

---

<sup>1</sup>Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante)

d'une relation positive • aide les patients à se dévoiler et favorise un accompagnement en adéquation avec la demande/situation, tout en favorisant leur satisfaction (Bauer & Alegria, 2010) • aide les professionnels à décoder les aspects linguistiques et culturels de la relation de soin • réduit des inégalités de santé, des erreurs de jugement/de diagnostic • limite le nomadisme médical/ des délais de traitement des dossiers, de prise en charge • aide l'utilisateur à devenir acteur de son parcours, participant à l'élaboration du projet institutionnel.

Bien que ce ne soit pas l'objet de cette note, des encadrés avec des informations d'ordre juridique, administratif, social ou médical, non exhaustives, seront inclus quand ils nous semblent interférer de façon directe ou indirecte, en tant que freins ou leviers, sur la santé mentale du jeune. Nous en limitons expressément le recours car d'autres outils bien plus pertinents et pointus (ex. guide du Comede, Gisti...) sont accessibles et consultables.

### Définition de mineur non accompagné



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

- l'origine étrangère: il s'agit de ressortissants de pays membres de l'Union européenne (UE) ou de pays tiers ne disposant pas de la nationalité française;
- l'âge : il doit s'agir d'une personne âgée de moins de 18 ans, conformément à l'article 388 du Code civil<sup>2</sup> ;
- l'isolement: il s'agit d'individus mineurs dont « aucune personne majeure n'est responsable légalement sur le territoire national ou ne prend effectivement en charge et ne montre de volonté de se voir durablement confier l'enfant, notamment en saisissant le juge compétent »<sup>3</sup>.

La définition retenue par la Directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011<sup>4</sup> est celle d'un « ressortissant d'un pays tiers ou un apatride âgé de moins de 18 ans, qui entre sur le territoire des États membres sans être accompagné d'un adulte qui est responsable de lui, de par le droit ou la pratique en vigueur dans l'État membre concerné, et tant qu'il n'est pas effectivement pris en charge par une telle personne; cette expression couvre aussi le mineur qui a été laissé seul après être entré sur le territoire des États membres ».



La santé mentale (OMS, 2001)<sup>5</sup> : un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. Sont mis en avant le bien-être et le bon fonctionnement individuel et social.

<sup>2</sup> L'article 388 du Code civil dispose que: « Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis »

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> Article 2 de la directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection (refonte), Journal officiel de l'Union européenne, L. 337/9

<sup>5</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>  
<https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2017-v42-n1-smq03101/1040247ar/>

La souffrance psychique (OMS, 2006) : un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie. Elle indique la présence de symptômes ne correspondant pas à des critères diagnostics de maladie et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles.

Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et de dysfonctionnement marqués.

## MNA : des multiples réalités derrière cette définition.

Jadis nommés « mineurs étrangers isolés », aujourd'hui on parle de « mineurs non accompagnés » (MNA), afin de distinguer ceux qui arrivent vraiment seuls sur le territoire d'un des Etats de l'Union Europe. Cette définition porte en elle les « conditions » administratives (à savoir la minorité et l'isolement) déterminantes de la protection que la législation devra leur apporter.



Les mineurs ne sont pas concernés par l'obligation de détenir un titre de séjour, ils ne peuvent donc pas être en situation irrégulière (Cf. Article La régularité du séjour des mineurs isolés étrangers). Or les mesures d'éloignement du territoire ne peuvent concerner que des individus en situation irrégulière. En conséquence : Ne pouvant pas être en situation irrégulière, aucune mesure d'éloignement du territoire n'est envisageable à leur encontre. Le retour d'un enfant dans son pays d'origine peut être décidé par ordonnance du juge des enfants ou intervenir dans le cadre d'un dispositif ayant pour objet une réunification familiale dans son pays d'origine ou un pays d'accueil. [Article L.521-4 du CESEDA](#) : « L'étranger mineur de dix-huit ans ne peut faire l'objet d'une mesure d'expulsion »

Au-delà du statut socio-administratif que l'administration leur confère, **il est important de saisir les raisons du départ, car elles peuvent avoir un impact direct sur la santé mentale du jeune.**

**Le mineur peut arriver en Europe suite à la fuite d'un pays ou d'une région en guerre,** dévastés par des génocides, des massacres. Parfois, ses proches ont été tués dans le pays d'origine ou le mineur en a été séparé pour diverses raisons au cours du périple migratoire. Il s'est ainsi retrouvé seul sur les routes, a poursuivi l'exode seul ou accompagné au hasard de rencontres. Il y a des enfants qui ont été mis dans un bateau, un avion, confié à un adulte inconnu pour qu'il puisse fuir. Pour ces mineurs il y a la **possibilité de déposer une demande d'asile en parallèle à la reconnaissance de la**

**minorité et l'isolement.** Le mineur, qu'il soit isolé ou accompagné de sa famille, peut solliciter une protection au titre de l'asile. Si le mineur est reconnu en tant que tel, l'Etat doit désigner un administrateur ad hoc qui le représentera durant la procédure de la demande d'asile.

**Des mineurs sont parfois poussés à partir par leurs familles** dans l'espoir qu'ils puissent trouver un futur supposé meilleur : pour qu'ils soient scolarisés, reçoivent une formation professionnelle pour



Comme les majeurs, les mineurs non accompagnés doivent s'adresser à la préfecture de leur lieu de résidence pour entamer les démarches afin de solliciter l'asile en France.

Toutefois, en tant que mineurs, ils ne peuvent pas engager une procédure juridique ou administrative sans avoir de représentant légal (les personnels de la préfecture informeront le Procureur de la République afin qu'un administrateur ad hoc soit désigné. Seul le représentant légal peut retirer un formulaire de demande d'asile auprès de la préfecture. C'est également à lui que revient de faire toutes les démarches administratives concernant le MNA).

Si la double procédure est possible (et éventuellement souhaitable pour augmenter les chances de protection) il faut prévenir et accompagner le MNA dans ce double parcours qui risque de le confronter à la répétition des récits traumatiques. Si le mineur étranger entré isolé en France est confié à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), au plus tard à l'âge de 16 ans, il peut obtenir une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale ». Le préfet étudie de façon globale sa situation. Si le statut de réfugié est reconnu au mineur, il obtiendra une carte de résident valable 10 ans à sa majorité. S'il bénéficie de la protection subsidiaire, il obtiendra une carte de séjour pluriannuelle de 4 ans à sa majorité.

pouvoir gagner leur vie... Mais celui qui part, une fois la dette économique acquittée<sup>6</sup>, se doit d'envoyer de l'argent pour aider sa famille restée au pays. Et quand bien même ce n'est pas le cas, le jeune contracte une dette symbolique avec obligation de réussite, qui peut engendrer de la culpabilité, la peur de faillir à la mission, honte vis-à-vis de la famille pour qui la migration fait honneur en engendrant une ascension sociale, rendant impossible un retour en arrière alors que la situation vécue peut parfois être pire que celle quittée, et être ainsi confronté à une réalité très éloignée de l'imaginaire familial.

**Le besoin de fuir la misère peut être le motif du départ pour des mineurs** qui, étaient sans liens familiaux et/ou sociaux, ou avec des liens dysfonctionnels, depuis déjà des mois ou des années avant leur départ de leur pays. Il s'agit d'enfants qui ont connu une émancipation forcée, différents lieux de vie auprès d'autres membres de la famille élargie, puis l'autonomie dans l'errance, les emplois de fortune, la petite délinquance, éventuellement la prostitution. Le fait qu'ils aient été abusés dans le pays d'origine et/ou au long du périple migratoire, augmente les risques de rester dans les réseaux d'exploitation à l'arrivée dans le pays hôte. Les enfants orphelins, mendiants de rue, sont plus rarement des candidats à l'émigration faute de moyens matériels et immatériels.

**Pour le MNA qui arrive seul, qui avait déjà quitté le domicile suite à un conflit avec sa famille**, ou parce qu'il était victime de maltraitance, la fugue aurait pu s'arrêter dans son pays, mais il s'est retrouvé à passer des frontières, sans vraiment avoir mûri le projet de le quitter. Les situations sont évidemment très différentes entre celle d'un enfant en famille mais qui l'a quittée, et celle d'un enfant déjà isolé avant de quitter son pays d'origine. Ce cas de figure concerne fréquemment des enfants maghrébins ou d'Afrique subsaharienne.

**Le mineur peut être accompagné par un adulte** (qui a accepté de se le voir confier, avec ou sans acte officiel, dans le cadre d'un acte de kafala<sup>7</sup> ou hors de tout cadre légal), **connu du jeune ou de sa famille, ou arriver rejoindre un adulte** (parent, ami, connaissance). Une fois en France, l'adulte en charge du jeune peut avoir des problèmes relationnels avec cet enfant. Il arrive donc que des jeunes placés dans ce genre de situation partent de chez le « tuteur » ou soient poussés à la rue. L'adulte qui s'est chargé de l'enfant peut de son côté se lasser et ne plus assurer le suivi. L'isolement résultant d'un abandon de fait sera donc plus difficile à prouver même s'il est réel.

---

<sup>6</sup> Selon les cas, les passeurs demandent à être payés tout de suite, avant le départ, ou bien il est entendu que le prix du voyage sera remboursé par le travail du mineur une fois arrivé en Europe. Il y a là toute une palette de situations qui vont de l'entente entre adultes – dont la famille du mineur elle-même – où l'enfant est pris en otage, à l'abus de confiance : les parents ont été abusés, on leur a fait croire qu'il s'agissait de permettre à leur enfant d'avoir une vie meilleure, et qu'une fois le prix du passage payé par quelques mois de travail, l'enfant aurait une vie facile et aisée, éventuellement qu'il pourrait venir en aide à ses parents. Parfois, le passage a été organisé en vue de rembourser une dette contractée par la famille bien avant. Le système dont il s'agit ici, très répandu au Pakistan, au Bangladesh, est celui qui touche des familles très pauvres, obligées de s'endetter pour survivre. En même temps qu'elles travaillent pour rembourser, elles doivent s'endetter toujours davantage et, au bout d'un moment, le départ de l'un des enfants vers un pays riche apparaît comme la seule solution pour se sortir du cercle vicieux et espérer annuler la dette.

<sup>7</sup> La kafala est une procédure d'adoption spécifique au droit musulman qui correspond à une tutelle sans filiation. Un enfant – issu d'un milieu économiquement défavorisé ou né hors mariage, etc. – est recueilli par une famille adoptive qui s'engage à l'élever comme son propre enfant. Cependant, l'enfant recueilli n'aura pas les mêmes droits d'héritage qu'un enfant légitime. L'adopté garde son patronyme d'origine et n'hérite pas automatiquement des biens de ses parents adoptifs. La kafala est issue du droit coranique qui interdit l'adoption plénière et ses effets afin de préserver le nom patronymique de la famille, considérée comme pilier de la société. Cette particularité de l'interdiction de l'adoption dans l'islam est liée à la vie de Mahomet. La kafala est reconnue par la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989.

**Les MNA peuvent aussi être l'objet de traites humaines.** Il s'agit de mineurs déjà aux mains de trafiquants avant d'arriver sur le sol français. Les trafics de toutes sortes : proxénétisme, prostitution forcée, trafics de drogue, de biens précieux (enfants-mules), de travail illégal, notamment domestique, etc. Les modes de maintien sous emprise peuvent être multiples : dette économique contractée par l'engagement de ses parents, menaces à leur encontre, chantages, séquestration pour le contraindre au travail, maintien dans la clandestinité, implication dans des rituels culturels occultes. Dans ces situations il est important de faire une Information Préoccupante (IP) auprès de la Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du département concerné ET un signalement au procureur de la république. En cas de danger grave et imminent contacter le 17 qui fera le lien avec les services de justice.



Du fait de leur jeune âge et de leur vie en situation de précarité, les MNA filles comme garçons peuvent faire l'objet de **violences sexuelles**. Si le MNA dit avoir été victime de violences ou fait état explicitement ou implicitement de faits ayant pu entraîner de la violence (agression, violences conjugales, violences sexuelles, maltraitance, harcèlement moral), il faut lui conseiller d'aller déposer plainte auprès d'un commissariat. La plainte va pouvoir donner lieu à une prise en charge dans une unité médico-judiciaire hospitalier.

Un mineur victime de violences à caractère sexuel fait l'objet d'une protection particulière. Il peut ainsi faire appel à des services spécialisés et déposer plainte seul. La loi prévoit que ces agressions sont punies plus sévèrement lorsqu'elles concernent des mineurs et allonge les délais pendant lesquelles des poursuites peuvent être engagées contre le(s) auteur(s) des faits. Les personnes ayant connaissance de ce type de faits doivent les signaler. En cas d'urgence, et uniquement dans cette situation, il est possible d'alerter la police ou la gendarmerie par appel téléphonique ou par SMS (en composant le 17 ou le 112). Le 114 est le service relais des appels d'urgence si la personne est en incapacité de parler au téléphone. Le procureur de la République (ou le juge d'instruction) peut désigner un administrateur ad hoc pour protéger le mineur. L'administrateur est désigné parmi les proches de l'enfant ou sur une liste de personnalités. Il peut exercer, au nom du mineur, les droits reconnus à la partie civile. Le juge des enfants prend les mesures nécessaires pour garantir la sécurité morale, matérielle et affective du mineur. Le mineur victime d'une infraction sexuelle peut faire l'objet d'une expertise médico-psychologique. Elle permet d'évaluer l'importance du préjudice subi et d'établir si des soins appropriés sont nécessaires.

Si le MNA, victime de violence sexuelle ne peut ou ne veut pas porter plainte au commissariat, il doit se rendre aux urgences pédiatriques s'il est en possession d'un document attestant sa minorité. Les jeunes filles peuvent également se rendre aux urgences gynécologiques et/ou dans une Maison des Femmes<sup>8</sup> si elles ont eu une attestation de non reconnaissance de minorité. (Cf. Annexe 3)

---

<sup>8</sup> La « Maison des Femmes » est un lieu pour les victimes de violences, qui peuvent ainsi être en situation de précarité sanitaire et sociale. Elle leur propose des prises en charge médicale, sociale et juridique grâce à un partenariat unique des hôpitaux avec les services de police, de justice, les associations spécialisées et les collectivités. Elle réunit des équipes pluridisciplinaires de l'hôpital et de ses partenaires.

Bien évidemment les raisons du départ peuvent être cumulatives et le récit biographique peut diverger selon l'interlocuteur. Il nous semble donc important de l'acter en tant que tel, même s'il peut paraître incongru. De façon pragmatique il s'agit d'enregistrer les données dans le respect de la déclaration du jeune et notamment la date de naissance. Remettre en doute le récit biographique peut nuire à la procédure judiciaire si le jeune fait recours auprès du juge, en plus de débiter une relation thérapeutique sur la base d'une méfiance implicite. Il est aussi important de rappeler que, dans certains pays de provenance des MNA, l'état civil n'est ni systématique ni fiable. **Ne pas remettre la parole en doute doit faire partie du processus thérapeutique** : le discours peut varier du fait d'une symptomatologie dissociative et peut donc être évolutive.

La cartographie des pays d'origine des MNA en France est fluctuante car elle se désigne en fonction des évolutions politiques, économiques, sociales des différentes régions du monde. Sans avoir la prétention d'avoir une connaissance holistique de la géographie mondiale, **il est quand même important de se renseigner de la représentation de la maladie mentale et de la prise en charge dans le pays d'origine**. A défaut de pouvoir recueillir le récit du jeune, **connaître au minima la situation géopolitique du pays d'origine aide aussi à présupposer le type de motivation qui induit le départ**.

**Le trajet** peut non seulement être très long, il peut aussi être inconnu du jeune : il peut s'effectuer dans un coffre de voiture, sous une bâche de camion, dans un container, la cale d'un bateau, sur des petites embarcations (« pateras ») souvent de nuit : à leur arrivée les mineurs ignorent quels pays ils ont traversé. Très souvent, ces itinéraires sont complexes, et les mineurs une fois arrivés n'ont pas forcément pour premier souci de raconter les péripéties de leur voyage. La plupart du temps, le jeune ne l'évoquera que de manière indirecte et parcellaire selon des modalités qui lui sont propres. Il faut pouvoir contenir la parole du jeune et prendre garde à la volonté de savoir (voir à la fascination), qui aurait pour effet de l'amener à trop en dire, ce qui peut parfois raviver des symptômes post-traumatiques. Le travail de « rehistorisation » biographique souvent n'est pas possible dans un premier temps. Bien sûr, si le MNA aborde de lui-même et de suite son parcours migratoire et les potentiels traumas connexes, accueillir, recenser et entendre ce discours est indispensable.



Les références concernant la santé mentale, la souffrance psychique et la notion des troubles mentaux sont le résultat de constructions historiques, sociales et culturelles (tant sur le plan personnel que professionnel). Il est donc important d'explicitier le rôle et la place que le professionnel a dans le soin, les ressorts de son inquiétude et ses capacités d'action vis-à-vis de la souffrance exprimée par le jeune. Ceci constitue le point de départ d'un processus thérapeutique.

**Le besoin premier est la sécurisation, la mise en sécurité.** Les éléments traumatiques du parcours migratoire ne peuvent pas être abordés sans sécurité acquise, sans travail préalable de mise en place d'une alliance thérapeutique, d'un cadre thérapeutique stable et sans la prise en compte de la temporalité psychique du jeune. Les éléments traumatiques du parcours migratoire peuvent être abordés une fois la sécurité acquise, permettant ainsi de « rehistoriser » la biographie du jeune.



Un certificat médical – instruit par un service médico-judiciaire - attestant l'intégrité physique est une pièce importante pour l'instruction du dossier auprès de l'OFPPA. Une orientation vers un service de santé sexuelle est conseillée. Il convient de ne pas préjuger de l'impact psychologique des mutilations sexuelles dont le vécu est très variable.

### **A retenir :**

- [Article L.521-4 du CESEDA](#) : « L'étranger mineur de dix-huit ans ne peut faire l'objet d'une mesure d'expulsion ».
- Pour les mineurs en provenance d'un pays en guerre il y a la possibilité de déposer une demande d'asile en parallèle à la reconnaissance de la minorité et de l'isolement.
- Les MNA faisant objet de traites humaines et/ou en danger grave et imminent doivent faire l'objet d'une information préoccupante (IP) auprès de la Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) et d'un signalement auprès du procureur.
- Au-delà du statut socio-administratif que l'administration leur confère, il est important de saisir les raisons du départ, car elles peuvent avoir un impact direct sur la santé mentale du jeune.
- Connaître à minima la situation géopolitique du pays d'origine aide aussi à présupposer le type de motivation qui induit le départ.
- Il est important de se renseigner de comment la maladie mentale est perçue et prise en charge dans le pays d'origine.
- Ne pas chercher à vérifier la réalité du récit, quand celui-ci est structurant.
- Il est nécessaire que la situation du jeune soit sécurisée et sécurisante pour ne pas risquer de le fragiliser davantage en évoquant un parcours susceptible d'être jalonné d'évènements traumatiques. S'il présente des manifestations de mal-être ou des symptômes de stress post-traumatiques, il faut l'orienter vers des psychologues et/ou des psychiatres.
- Une fois que la situation du jeune est sécurisée et sécurisante, l'aide à la verbalisation de la souffrance ressentie par un psy peut participer à éviter la consolidation d'un syndrome de stress post-traumatique.
- Dans le cadre d'une consultation il est recommandé de prendre en compte uniquement les données administratives présentées ou déclarées. La réforme des autorisations des établissements de santé de psychiatrie, applicable au mois de juin 2023 (mais pour laquelle les nouvelles autorisations seront délivrées en 2024), la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doit prendre en charge les enfants de 0 à 18 ans, et la psychiatrie adulte à compter de 18 ans (la prise en charge de mineurs en psychiatrie adulte doit être l'exception)<sup>9</sup>. Les structures de soins 15-25 (plus rares comme les Maisons des Adolescents), permettent de se soustraire à ces considérations et se focalisent sur les problématiques adolescentes.

---

<sup>9</sup> Cf. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

## Adolescence et migration : une double vulnérabilité ?

Le mal-être des adolescents dans le monde peut atteindre jusqu'à 25% d'une classe d'âge en fonction des critères utilisés<sup>10</sup>. Les années de pandémie de COVID-19 ont été un facteur aggravant. De façon générale les traumatismes sont vécus différemment selon l'âge. Les adolescents expriment leur mal-être de façon psychocorporelle et comportementale par des attitudes inhibées ou au contraire provocantes, transgressives, agressives (auto ou hétéro centrées), compulsives ou abusives vis-à-vis de produits alimentaires ou toxiques, ou bien des symptômes (dissociatifs, de vide intérieur, d'émoussements des affects, de détachement) qui peuvent être des modalités d'expression de troubles anxieux ou dépressifs. Cela peut témoigner d'une pathologie psychique et/ou être réactionnel à des états de détresse. Ces fragilités peuvent provenir des défaillances anciennes et/ou des contraintes actuelles qu'elles soient intra-psychiques et/ou environnementales.

Le maintien ou l'inclusion dans des sphères de socialisation multiples (école, centres sociaux, activités ludiques et/ou sportives) peuvent participer à créer des espaces de résilience subsidiaires. Il s'agit de multiplier les possibilités pour les MNA de se renarcissiciser et emprunter un chemin de résilience, par appui sur l'environnement externe : le co-étayage sur les pairs adolescents peut être vécu comme un palier de normalisation.

Par ailleurs, nombre d'entre eux ont vécu dans une grande autonomie lors de leur voyage ou à leur arrivée. Proposer un accompagnement éducatif en semi –autonomie, plutôt qu'un foyer de vie aux règles strictes, peut permettre de ne pas les mettre en difficulté, tout en veillant à ne pas les isoler.

La rencontre avec un adulte « référent » peut se révéler être une aide pour l'alliance thérapeutique, l'aide à la mise en place d'un suivi, et participer à sécuriser le jeune dans un cadre de « parentalisation » et réaffiliation symbolique.

L'adolescence est une période de haute vulnérabilité pendant laquelle peuvent émerger des désordres psychiques, qui – s'ils ne sont pas pris en charge – peuvent évoluer vers la chronicité.

Sans pouvoir citer les nombreuses références des études concernant le *healthy migrant effect*, il semble légitime de penser que peu de personnes affectées de troubles psychotiques sévères sont en mesure d'affronter un périple migratoire qui implique la traversée de plusieurs pays (à savoir 3 pour 64% de migrants primo arrivants), au long d'un périple de plusieurs mois (pour 41% des migrants primo arrivant il est de 3 ans) et ayant connus à maintes reprises la vie à la rue (entre 15 et 105 jours en France avant d'intégrer un site d'hébergement). Par ailleurs il n'existe pas de pathologie psychiatrique spécifique à la migration au sens strict du terme. Les facteurs de vulnérabilité psychique liés à la migration sont à rechercher dans les raisons qui la motivent, sa perspective, son histoire, les conditions socio-économiques situationnelles du départ et de l'arrivée...

Les conditions de vie peuvent générer des pathologies réactionnelles et/ou du stress adapté. Ainsi, tel que préconisé dans la note d'information interministérielle /N°DGS/SP1/GCCS/SD2B/DGOS/R4/DSS/2A/2022/209 du 18 novembre 2022 relative au guide de bonnes pratiques portant sur la première évaluation des besoins de santé des personnes se présentant comme mineurs non accompagnés lors de la phase d'accueil provisoire d'urgence (référence NOR : SPRP2226737N), tel que préconisé par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), un RDV médical (entretien et examen clinique complet dont une évaluation de l'état psychologique) doit pouvoir se tenir une fois la personne stabilisée dans la sécurisation de ses besoins fondamentaux primaires et secondaires (Pyramide de Maslow).

Avant de poser un diagnostic de pathologie psychique, il convient avant tout d'exclure toute pathologie somatique pouvant se manifester par des symptômes psychiques. Les médecins généralistes, dans le

---

<sup>10</sup> OMS. Santé mentale des adolescents 2020.

cadre d'une consultation clinique<sup>11</sup>, dans le cadre d'une prise en charge de ces jeunes dans une approche globale de santé, sont en première ligne pour ce faire ainsi que pour détecter la consommation de toxiques.

D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES<sup>12</sup>)

Entre mai et novembre 2020, les taux de syndromes dépressifs dans la population de 15 ans ou plus sont passés de 13,5 % à 11,0 %, revenant ainsi à un niveau équivalent à celui mesuré en 2019, selon les enquêtes EpiCov et EHIS. Cette diminution globale est portée par une baisse de deux points des syndromes dépressifs mineurs, touchant 6,1 % de la population, mais les syndromes dépressifs majeurs (4,9 %) ne régressent pas sur la période et demeurent à des niveaux supérieurs à ceux de 2019, tout particulièrement chez les jeunes.

De nombreuses études soulignent une prévalence plus élevée de certains troubles psychiatriques parmi les adolescents immigrés / réfugiés avec entre 19% et 36% d'états de stress post traumatiques (ESPT) et entre 3 et 9% de dépression, risques importants d'automutilation, corrélés à des niveaux de stress élevés. Les personnes sans domicile nées à l'étranger souffrent trois fois moins de troubles psychotiques que les personnes sans domicile nées en France mais la prévalence des états de stress post-traumatique est six fois supérieure<sup>13</sup>.

Le temps passé en situation d'insécurité vitale (être à la rue) augmente le risque de développer des troubles psychiques : ainsi les conditions de vie précaires en France sont associées à des prévalences plus élevées de troubles du stress post-traumatique (TSPT)<sup>14</sup>.

La mise en place d'un traitement médicamenteux, par un médecin, peut s'avérer nécessaire pour prendre en charge des symptômes psychiques qui peuvent s'avérer invalidant (anxiété, insomnie, etc.) ou des syndromes caractérisés (épisode dépressif majeur, épisode psychotique, etc.). Les prescriptions doivent s'élaborer dans le cadre du respect des indications et recommandations pour les mineurs.



D'après l'HAS, « Grande précarité et troubles psychiques. Argumentaire et Recommandation » HAS, 2023. : Si une décision d'hospitalisation est prise, il est recommandé :

de ne jamais faire intervenir un professionnel seul ; d'accompagner la personne tout au long du processus. Idéalement un intervenant connu de la personne reste à ses côtés jusqu'à l'admission en hospitalisation et assure le lien avec les équipes externes ; de maintenir la communication en amont et en aval de l'hospitalisation (avec la personne et avec les professionnels qui l'accompagnent) ; en particulier il est recommandé de réaliser un debriefing après toute hospitalisation, avec l'ensemble des acteurs impliqués de prendre en compte « l'aval » de l'hospitalisation le plus précocement possible (avant l'admission si possible). L'hospitalisation ne doit pas faire perdre à la personne sa solution de logement/hébergement, il est nécessaire en particulier de garantir à la personne sa place en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Pour les personnes qui font des crises fréquentes, il est recommandé de mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ; lorsqu'il y a un entourage, il est recommandé de l'associer (avec l'accord de la personne concernée).

<sup>11</sup> Cf. Article « Quel bilan initial et quelles premières mesures prendre chez un enfant migrant ? » Frédéric Sorge, Claire Leblanc. La revue du praticien n°2 Vol. 72 Novembre 2022

<sup>12</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

<sup>13</sup> Cf. « Grande précarité et troubles psychiques. Argumentaire et Recommandation » HAS, 2023.

<sup>14</sup> Cf. Questions d'économie de la santé. N°266. Mars 2022. Et aussi : article de Rebecca Blackmore : The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers: a systematic review and meta-analysis, 2020.

L'hospitalisation en psychiatrie est à éviter autant que possible sauf quand elle est médicalement indiquée pour la prise en charge des troubles psychiatriques nécessitant des soins et une surveillance continue en milieu hospitalier. Pour les MNA l'hospitalisation peut être vécue comme une nouvelle forme de violence (du fait de la stigmatisation qu'elle peut engendrer, de la possible perception négative des soins psychiatriques dans la culture du MNA et parfois de la méconnaissance du système de santé du pays hôte) ; elle peut également faire resurgir des réminiscences d'enfermement et d'emprisonnement pour certains MNA ; elle peut surtout être vécue comme une nouvelle forme de rupture sociale et biographique dans un parcours de réaffiliation.

L'outil d'aide à la décision d'hospitalisation partagé par les Equipes Mobiles psychiatrie précarité (EMPP) du GHU Paris Psychiatrie Neurosciences (Cf. ANNEXE 1) peut être adapté et utilisé par les médecins des PASS et/ ou autres professionnels de santé.

**A retenir :**

Un MNA est un adolescent, l'adolescence peut être aussi une période de mal être. Ainsi l'adolescence est une période de vulnérabilité pendant laquelle peuvent émerger des désordres psychiques. Il n'existe pas de pathologie psychiatrique spécifique à la migration au sens strict du terme. Les facteurs de vulnérabilité psychique liés à la migration sont à rechercher dans les raisons qui la motivent, sa perspective, son histoire, les conditions socio-économiques situationnelles du départ et de l'arrivée. Avant de poser un diagnostic de pathologie psychique, il convient d'exclure toute pathologie somatique pouvant se manifester par des symptômes semblables à des troubles psychiques, une fois la personne stabilisée dans la sécurisation de ses besoins fondamentaux primaires et secondaires, également à l'origine de troubles réactionnels. Il est pertinent de multiplier les possibilités pour les MNA de se réincarner et emprunter un chemin de résilience, par appui sur l'environnement externe.

La médecine générale, lors des soins de primo intention peut être l'échelon pertinent pour : écarter des pathologies somatiques dont la symptomatologie serait semblable à la pathologie psychique, détecter la prise de produits toxiques, repérer des symptômes psychiques dont des états de stress post traumatique ainsi que créer le lien de confiance nécessaire en vue d'une orientation vers des soins de santé mentale. Il est judicieux d'éviter le recours à l'hospitalisation en psychiatrie car elle peut être vécue comme une nouvelle forme de violence ou de rupture.

## Adolescence et consommation de produits toxiques

Les MNA concernés par la consommation de toxiques sont peu nombreux par rapport à la population générale (moins de 10%); ce sont majoritairement des garçons originaires du Maghreb<sup>15</sup>. Sans généraliser, le plus souvent, la poly consommation (surtout colle inhalée, tabac, cannabis, mais aussi benzodiazépines) préexistait à la migration et elle s'inscrit dans la continuité dans le pays hôte. Dans un contexte de vie difficile (ici ou là-bas) consommer des substances psychoactives permet de « tenir ».

L'usage peut également s'inscrire dans un contexte de traite d'êtres humains, quand ils sont inscrits dans le trafic des drogues ou de prostitution ou tout acte délictuel. Les jeunes sont initiés aux produits avec l'objectif de les mettre et les maintenir sous l'emprise des réseaux.

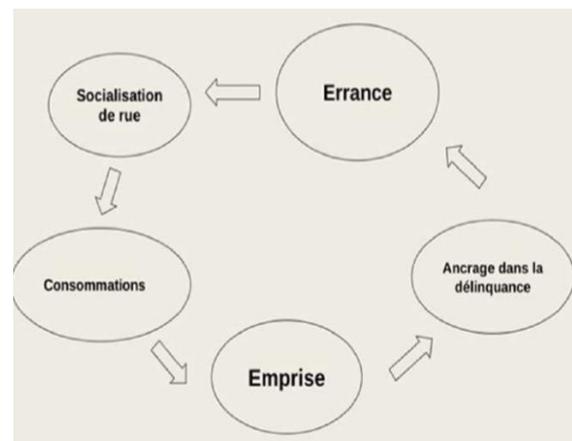
Dans le contexte de hrague<sup>16</sup>, l'initiation à la consommation est un rite de passage revêtant une dimension symbolique. Les groupes de jeunes qui projettent un départ consomment avant et pendant la traversée.

En plus de la consommation du cannabis (qui aide certains à dormir, à se relaxer mais qui a également un pouvoir psychodysléptique), de la colle (qui peut provoquer des hallucinations avec des délires paranoïdes et l'altération des sensations neurologiques) et de l'alcool, plusieurs médicaments sont consommés en mésusage. Le Rivotril (une benzodiazépine au pouvoir anxiolytique, sédatif, hypnotique et anticonvulsivant) est nommée « fusée ou missile » car « ça donne du courage », la Prégabaline (Lyrica) pour ses effets euphoriques et dissociatifs provoque une sensation d'ébriété, une réduction de l'anxiété et une désinhibition, le Tramadol diminue l'anxiété et l'angoisse ...



### Extrait du rapport « De l'errance à la détention : les chemins heurtés des mineurs non accompagnés ». Trajectoires. Janvier 2023.

« Focus sur la consommation et l'emprise : La consommation de produits constitue un élément d'emprise central. Les jeunes se les procurent dès la phase d'initiation pendant laquelle ils sont invités à consommer afin d'appartenir au groupe. Le contexte de vie en errance accroît les problématiques d'addiction. Elles deviennent un élément d'emprise important sur les jeunes car l'origine des produits qu'ils consomment provient des réseaux délictuels pour lesquels ils travaillent. Ainsi, plus un jeune est en errance, plus il intégrera la socialisation "de rue", et plus le risque d'emprise sera majoré.



<sup>15</sup> Cf. Usages de drogues et conditions de vie des mineurs non accompagnés. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Octobre 2022.

<sup>16</sup> D'origine berbère la hrague signifie brûler : brûler les frontières, les étapes, les papiers, son identité, son passé, pour se projeter vers un futur en Europe.

#### Schéma récapitulatif : Les raisons de consommer en contexte de vie en errance



Les conditions d'insécurité dans lesquelles évoluent les jeunes en situation d'errance accentuent les répercussions sur les volets physiologiques et mentaux. En situation de rue, le corps est en état d'hypervigilance pour se

préparer à faire face au moindre danger, le risque étant constant dans un environnement insécure. Cette hypervigilance provoque, entre autres, des troubles du sommeil et de l'irritabilité entraînant des comportements agressifs et impulsifs. La consommation est alors perçue comme un moyen de s'affranchir de cette hypervigilance constante. La consommation est également utilisée afin de réduire les sensations liées au froid, à la fatigue, à la peur, à la douleur, mais aussi pour apaiser les troubles de l'humeur pouvant survenir dans cet environnement.

Le passage à l'hôpital (dont les passages aux urgences pour des traumatismes somatiques tels que fractures ou plaies...) pour des problèmes somatiques, provoqués à la fois par les conditions de vie précaires mais aussi par les états d'altération cognitive induite par la prise des produits, peut être l'occasion d'amorcer une prise en charge en addictologie et/ou en psychiatrie.

En marge du système de prise en charge de l'ASE, la plupart des MNA usagers de drogues sont suivis par les services de protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) à la suite d'actes de criminalité donnant lieu au passage devant la justice. Sous mesure de protection judiciaire dans un cadre pénal, la PJJ accompagne tous les jeunes, y compris quand la minorité n'a pas été reconnue.

Ils sont, plus souvent que les MNA non étrangers, déférés en comparution immédiate devant le juge, tout comme être mis en détention provisoire dans l'attente de jugement. S'ils sont incarcérés sans représentant légal, l'accès aux soins et la mise en œuvre d'une action éducative pendant la détention, se compliquent du fait de la langue, de la culture, de la désinsertion, de leurs symptomatologies explosives, mais aussi des temps d'incarcération très courts qui ne permettent pas d'enclencher une véritable amorce de soins.

#### A retenir

Bien que minoritaires certains MNA peuvent être consommateurs de drogues. Si la consommation est connue ou soupçonnée par les intervenants, il est important d'en faire état lors de l'orientation vers les soins car les effets psychiques des produits peuvent être confondus avec des troubles psychotiques. Quand ils sont aussi suivis par la PJJ, il est important d'envisager un accompagnement pluridisciplinaire.

Cet accompagnement pluridisciplinaire est d'autant plus nécessaire que les problématiques sont multiples et qu'elles viennent impacter fortement l'accompagnement psycho-socio-éducatif proposé.

Par ailleurs, la coordination très étroite entre les services pluri professionnels de la PJJ (notamment les services éducatifs en milieu ouvert) et les acteurs de droit commun est fondamentale, mais également la coordination intra-hospitalière. En effet, la mobilité et la difficulté d'adhésions de certains MNA inscrits dans un parcours de délinquance et de réseaux de Traite d'êtres humains (TEH), nécessitent

des modalités de prise en charge pluri-institutionnelles, à bas seuil, avec une démarche « d’aller vers », et nécessitant d’accepter les fluctuations dans la prise en charge.

Outre les services d’urgence, les accompagnements à visée de réduction des risques (type CAARUD) mais également spécifiques aux personnes en errance et en grande précarité (type EMPP) représentent des dispositifs de soins de premiers recours pour les MNA les plus éloignés du système de santé et de l’accompagnement éducatif.

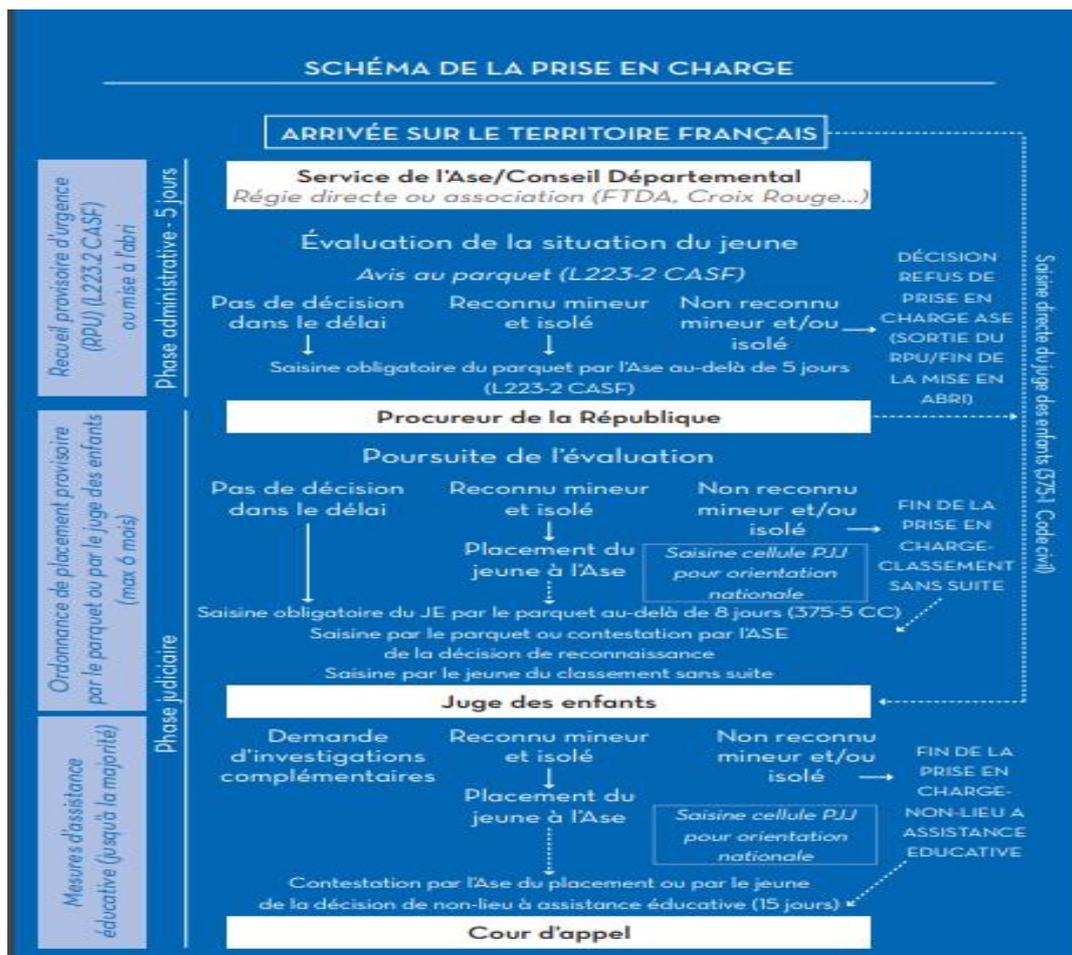
La coordination entre les Unités Sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) et les services de soins en milieu ouvert est également indispensable aux professionnels psycho-socio-éducatifs pour garantir un semblant de continuité des soins des MNA faisant des passages réguliers en détention.

Au-delà de l’état de santé très dégradé de certains MNA – qui justifie pleinement des soins pluridisciplinaires – l’approche par le soin s’avère souvent une porte d’entrée privilégiée pour amorcer un accompagnement.

## Adolescence et précarité sociale et administrative

Contrairement à la plupart des adolescents en population générale, les MNA sont confrontés à des problématiques spécifiques liées à leur statut social et administratif.

La reconnaissance de la minorité et de l'isolement, et à fortiori le recours, peut s'avérer un processus long et complexe générateur de stress, d'angoisse...



Source : Guide du COMEDE

A cela souvent viennent s'ajouter d'autres problématiques :

**L'isolement** : Les MNA en recours sont isolés sur le territoire et ne disposent pas de représentant légal. Aucune figure d'autorité n'accompagne les jeunes lors de leurs rendez-vous. Or, l'absence de représentant légal est souvent évoquée par les soignants comme un motif de complexité de prise en charge des MNA, puisqu'il devient impossible de répondre à l'obligation de recueil du consentement des représentants légaux du jeune pour les soins. Cela les prive aussi d'un interlocuteur tiers, chargé de la protection de l'adolescent, dont l'implication est importante pour la relation de soin. L'absence de représentant légal rend également plus complexe l'hospitalisation d'un mineur en service psychiatrique (sauf si un placement provisoire est ordonné par le juge des enfants ou le procureur de la République).

La **précarité** : Les MNA, en attente d'évaluation ou en recours (donc pas pris en charge par l'ASE), sont dans leur grande majorité des sans domicile fixe (SDF). Les services de soins, notamment les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents (CMPEA), doivent prendre en charge les MNA, même SDF, mais les difficultés à définir une sectorisation au regard de l'instabilité de l'hébergement, est un frein à leur accès aux soins dans ces structures. Pourtant, des règles existent afin de pouvoir déterminer une sectorisation pour tout patient qui ne possède pas d'hébergement stable, mais celles-ci ne sont pas toujours connues et/ou respectées.

Il est certain que la précarité sociale et administrative ainsi que l'isolement dans lesquels se trouvent les MNA rendent la prise en charge difficile pour les soignants, qui peuvent se sentir démunis pour répondre à leurs multiples problématiques. En effet, ces jeunes sont seuls, sans parents, sans référent éducatif, sans hébergement, sans ressource, sans scolarité. Toutes ces spécificités envahissent le champ du soin.

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

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

**Lorsqu'ils sont malades, les MNA se rendent dans les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass)**. Elles ont pour mission première de faciliter l'accès des personnes précaires au système de santé. Les professionnels des PASS disposent de quelques échelles d'évaluation des états de Stress Post-Traumatique (ESPT), de l'épisode dépressif majeur (EDM) et troubles anxieux<sup>17</sup>. Cependant, ils ne sont pas toujours en capacité d'identifier les besoins de prise en charge en santé mentale car les PASS manquent de psychiatres et de psychologues. Et aussi, parfois la question se pose du « codage culturel » des troubles psychiques, l'expression symptomatiques des troubles psychiques pouvant varier en fonction de l'environnement culturel d'origine du MNA (des symptômes qui paraissent inhabituels peuvent amener à un sur-diagnostic de psychose, des traitements médicamenteux trop lourds et une sur-hospitalisation).

Les PASS sont confrontées au manque de structures de soins en santé mentale dans lesquelles orienter les patients afin qu'ils accèdent à des soins effectifs.

Les délais d'attente, parfois rencontrés dans certaines structures, pour accéder à une prise en charge en santé mentale ne sont pas adaptés aux types de problématiques des tous les jeunes et à fortiori pour les jeunes en situation de précarité et errance.

**L'absence de protection sociale** : Les mineurs peuvent avoir accès à l'Aide Médicale d'Etat (AME) sans le délai de carence de 3 mois. Cette prestation sociale est attribuée sous condition de résidence. Pour les publics sans domicile, il est alors nécessaire d'obtenir au préalable une domiciliation administrative auprès d'un organisme domiciliataire ou d'un centre communal d'action sociale (CCAS). Lorsqu'une domiciliation administrative a pu être obtenue, ce sont les délais et les conditions de traitement des demandes d'AME par les caisses primaires d'assurance

---

<sup>17</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31753892/>  
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/13634615211062967?journalCode=tpse>

maladie (CPAM) qui constituent un nouvel obstacle. Il n'est pas rare que s'écoulent plusieurs mois entre l'envoi d'une demande et l'ouverture effective des droits. Il peut être difficile de trouver des lieux de soins qui acceptent de soigner des patients dépourvus d'assurance maladie.



Par principe, l'absence d'adresse stable ne peut être opposée à une personne pour lui refuser l'exercice d'un droit ou d'un service essentiel garanti par la loi (article L. 264-3 du Code d'action sociale et des familles). Ainsi, le secteur de psychiatrie dans lequel est adressé le patient dit « sans domicile stable » doit le recevoir et lui proposer une prise en charge adaptée à son état clinique, comme pour tout patient.

Lorsque le patient se présente spontanément dans un lieu proposant des soins psychiatriques, sa situation est examinée par le psychiatre. Tenant compte du degré d'urgence, il procède par élimination de critères subsidiaires, afin de déterminer l'orientation du patient vers son secteur de référence :

- 1) Reprise par le secteur : s'il existe un suivi en cours ou interrompu depuis moins de 3 ans, le secteur qui a assuré le plus récemment sa prise en charge sera le secteur d'adressage du patient
- 2) Demande expresse du patient : si le patient est en capacité de formuler une demande éclairée d'adressage, celle-ci doit être suivie autant que possible conformément à la procédure indiquée
- 3) Localisation de la structure de vie : si le patient réside dans une structure de vie, même instable et quel que soit son statut (hors structure sanitaire), sa localisation peut permettre de définir l'orientation de la prise en charge vers le secteur concerné. Différents critères non cumulatifs permettent de déterminer si la structure de vie où réside le patient aboutit à déterminer son secteur de prise en charge :

- la durée d'hébergement, supérieure à trois mois, de la personne dans la structure ;
- l'engagement de reprise de la personne au sein de la structure ;
- la pérennité de la structure.

- 4) Domiciliation au centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CCIAS) : si le patient est domicilié au CCAS ou au CCIAS, cette adresse sert de lieu de sectorisation du patient. Cette domiciliation est à différencier de celle effectuée auprès d'une association, qui ne reflète pas nécessairement les habitudes de vie de la personne.

- 5) Lieu de contact : à défaut d'identification possible par les critères précédents, le lieu où a été formulée la demande de prise en charge est utilisé comme adresse de sectorisation. Il correspond souvent au lieu d'intervention des équipes de secours. En dernier recours, la localisation du service d'accueil des urgences (SAU) sert de lieu de contact uniquement lorsqu'aucun des critères précédents n'a pu être appliqué.

Par spécificité, pour Paris ainsi que pour les zones aéroportuaires Orly-Roissy-Charles De Gaulle, le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) se charge de l'orientation et de l'examen clinique le cas échéant. Il apprécie l'équité de la charge pour déterminer le secteur de rattachement du patient, en concertation avec l'Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police (IPPP).

Il peut être difficile de poser un diagnostic si on ne tient pas compte des **différences culturelles** dans l'expression de la souffrance. La culture, l'âge mais aussi le genre ont des implications sur les modalités d'expression de la souffrance psychique. En effet, ces différences entre les soignants et les patients doivent être mise au travail dans le cadre de la rencontre thérapeutique et au sein de l'équipe. Faire appel à un interprète médiateur en santé – dans certains cas- peut être pertinent et efficace. Quand la tonalité culturelle est telle qu'elle a un impact majeur sur la présentation des troubles psy, le champ de l'ethnopsychiatrie peut être sollicité.

**La méconnaissance du système de soins par les MNA :** Les MNA ne connaissent pas le système de soins français et sont peu sensibilisés à la santé mentale telle qu'elle est entendue en France. Cela entraîne pour eux des difficultés à formuler des demandes d'aide spécifiques et adéquates, et ce d'autant plus qu'ils ne sont pas accompagnés par leurs parents. Néanmoins, la rencontre avec des professionnels de la santé mentale permet d'ouvrir la possibilité de parler de soi et de penser, de se penser, d'évoquer des plaintes et des difficultés liées à la vie psychique. Des outils graphiques (adaptés aux publics allophones) sont à promouvoir autant auprès des MNA qu'auprès des personnes qui interagissent avec.

**Le manque de structures de soins pluridisciplinaires adaptées pour les 15-25 ans :** L'âge de 18 ans constitue une frontière légale et symbolique importante en France, puisque la majorité ouvre à de nouveaux droits et devoirs, en permettant notamment de se soigner sans l'accord d'un représentant légal<sup>18</sup>. Cependant, sur le plan de la santé physique comme psychique, cet âge ne correspond pas forcément à un changement majeur qui interviendrait au lendemain du passage à la majorité. Il existe en France des maisons des adolescents (MDA) qui proposent une prise en charge pluridisciplinaire au public jusqu'à 25 ans. Les MDA ont en principe un accueil inconditionnel, mais en pratique, certaines fonctionnent plus comme un lieu de consultations « classique »<sup>19</sup>. Ces centres sont peu nombreux, souvent sous-dotés en matière de professionnels et peu informés des problématiques spécifiques des MNA (allophonie, hébergement instable ou inexistant, prévalence des troubles psychiques réactionnels). Pourtant, l'intégration des MNA dans ces structures permet une continuité des prises en charge au-delà des 18 ans, notamment pour les jeunes souffrant de troubles nécessitant des soins au long cours. Cette intégration favorise aussi une meilleure insertion des MNA dans des parcours de soins du droit commun, parmi les jeunes de leur âge.

#### **A retenir**

La majorité des MNA mobilise des grandes capacités d'adaptation. Il est important de leur donner les informations nécessaires à une meilleure connaissance des organisations administratives du pays d'accueil. (Ex. les livrets santé de SPF<sup>20</sup>, WATIZAT<sup>21</sup>, le livret MIMNA<sup>22</sup>, le support créé par PSYCHOLOGIE DESSINATOIRE, ou Epsykoi<sup>23</sup>, autres outils ...)<sup>24</sup>

<sup>18</sup> <https://www.filsantejeunes.com/ma-sante-je-suis-mineur-quels-sont-mes-droits-par-rapport-a-mes-parents-5786>

<sup>19</sup> Pour les MNA pris en charge par l'ASE existent des consultations spécialisées à la Maison de Solenn et à l'Association Nationale Maison des Adolescents, CASADO dans le 93 par exemple.

<sup>20</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/les-livrets-de-sante-bilingues-outils-de-liaison-entre-migrants-et-professionnels-de-la-sante-ou-du-social>

<sup>21</sup> <https://watizat.org/>

<sup>22</sup> <https://mimna.univ-grenoble-alpes.fr/fr/livret-mimna>

<sup>23</sup> <https://www.epsykoi.com>

<sup>24</sup> Santé BD : Site ressources en Facile à lire et à comprendre (FALC) : <https://santebd.org/> - Info accessible à tous, Santé publique France : Outils, livrets et vidéos accessibles à toutes et tous, sur de nombreux sujets de la promotion de la santé : <https://www.santepubliquefrance.fr/l-info-accessible-a-tous> - Communiquer pour tous, Santé publique France : Guide pratique avec des repères pour une communication accessible : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible> - Livrets de santé bilingues en 17 langues, Santé publique France en partenariat avec le Comede : <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/les-livrets-de-sante-bilingues-outils-de-liaison-entre-migrants-et-professionnels-de-la-sante-ou-du-social> - MédiPicto, AP-HP : Mieux communiquer pour Mieux soigner : <https://www.aphp.fr/medipicto> - Traducmed : Site et application de traduction médicale qui se veut être un outil d'aide pour la prise en charge médicale des patients migrants : <http://traducmed.fr/application> - TraLELHO : Traductions pour Les Etrangers à L'HOpital : <http://www.tralelho.fr/>

De la même manière il est important de sensibiliser largement toute personne en interlocution avec un MNA à la spécificité de leur situation. (CF. La revue du praticien vol. 72 novembre 2022).

Il est fondamental d'accompagner les MNA dans la stabilisation de leurs droits et/ou offre de services dont ils peuvent bénéficier : couverture médicale, domiciliation administrative, accès aux soins, recours à l'hébergement d'urgence, aux services alimentaires et d'hygiène, cours de langue française, activité sportive ou ludique, et l'hébergement à l'aide – par exemple – de l'outil SOLIGUIDE<sup>25</sup>.

Lorsque le jeune est en possession d'un document attestant la non reconnaissance de la minorité et/ou de l'isolement, il est à considérer comme majeur et pouvant bénéficier des droits réservés aux majeurs tel que l'hébergement par le 115.

[http://www.justice.gouv.fr/publication/mna/circ\\_intermin20160125.pdf](http://www.justice.gouv.fr/publication/mna/circ_intermin20160125.pdf) ...

Le recours à un interprète et/ou à un médiateur est fortement recommandé pour aider les professionnels à décoder les aspects linguistiques et culturels de la relation de soin et éviter des erreurs de jugement/de diagnostic.

---

l'Union nationale pour l'habitat des jeunes (Unhaj) a, dans son guide sur la santé mentale des jeunes « Aller vers aller mieux », listé plusieurs ressources et outils numériques sur la santé mentale, à destination des professionnel-le-s et/ou des jeunes : <https://www.codeps13.org/documentation/nouveaute-cote-doc/guide-aller-versaller-mieux>

<sup>25</sup> <https://soliguide.fr/fr>

## Aide à l'accompagnement des MNA vers les soins en santé mentale



Cadre légal des soins<sup>26</sup> : la présence d'un représentant légal n'est pas indispensable.

« Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L.1111-5 et L. 1111-5-1 du Code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés »

Ce n'est pas une urgence	C'est une urgence	C'est un soin imposé
<p><b>C'est un acte usuel</b> (prescription ou acte de soin qui n'exposent pas le mineur à un danger particulier)</p>	<p>La santé ou l'intégrité du mineur risquent d'être compromises par l'impossibilité de recueillir le consentement du représentant légal.</p>	<p>Le Préfet – dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte – peut décider d'une hospitalisation à l'égard d'une personne « dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».</p>
<p>Article L. 1111-5 du CSP: « Par dérogation à l'article 371-1 du Code civil, le médecin ou la sagefemme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure... »</p>	<p>Le mineur doit être considéré comme en danger et doit faire l'objet d'un signalement. Le Juges des Enfants (JE) dans le cadre d'une hospitalisation pour assistance éducative peut confier l'enfant en danger à un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé (art. 375.3 du Code Civil). Réalisation du soin peut se réaliser via une délégation d'autorité parentale par le Juge des Affaires Familiales (JAF), saisi par le Parquet suite à un signalement. Art.376 à 377-3 du CC.</p>	<p>Un seul certificat médical doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil du mineur (art. L3213-1 CPS).</p>

<sup>26</sup> Situation grave / préoccupante : cf. Le PSYCOM <https://www.psycom.org/comprendre/le-retablissement/les-soins/les-urgences/> et <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie>

**C'est un acte non usuel** (acte médical considéré comme lourd, dont les effets peuvent engager le devenir du mineur et ayant une probabilité non négligeable de survenir).

- SI PAS URGENT: sans accord parental pas de réalisation du soin (art. R1112-35 alinéa 3 du Code de Santé Publique)

- SI URGENT: réalisation du soin via une délégation d'autorité parentale par le JAF, saisi par le Parquet suite à un signalement. Art.376 à 377-3 du CC.

**Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État :** Elle est possible à l'égard d'un mineur mais demeure en principe exceptionnelle. Elle s'intègre dans le cadre plus large d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Sont susceptibles de faire l'objet de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, « les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Cette admission est prononcée par arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical circonstancié. Dans le cadre du dispositif d'urgence, il existe des critères supplémentaires qui sont requis pour prendre des mesures provisoires :

- Le comportement de la personne révèle des troubles manifestes,
- En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes.

Au plan administratif, aucune discrimination ne doit exister en raison de la nationalité de l'enfant. L'admission des mineurs ressortissants d'un État membre de l'Union Européenne est assurée de la même manière que celle des mineurs français. Le mineur étranger doit pouvoir avoir accès aux soins, même non urgents, sans condition de durée de séjour. Les mineurs isolés étrangers qui relèvent de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse sont affiliés à la sécurité sociale et bénéficient de la PUMa. En cas d'admission d'unMNA, l'établissement doit signaler sa situation au Conseil départemental qui appréciera la situation : âge réel du mineur, situation d'isolement et/ou danger du mineur. Il n'y a pas de prise en charge automatique par le conseil départemental.

En cas d'urgence l'article R.4127-42 du code de la santé publique dispose qu'en cas d'urgence (pronostic vital ou intégrité physiques engagés), même si les parents ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Toutes les mesures utiles doivent être prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur soient prévenues. Si elles ne peuvent pas être jointes (voir même en cas de refus), l'intervention chirurgicale doit être réalisée. La décision d'opérer doit être constatée par écrit. Le directeur de garde doit être informé. Le médecin mentionnera dans le dossier médical la nécessité des soins, l'impossibilité de joindre les titulaires de l'autorité parentale ou leur accord. Cette mention doit être signée par le médecin et si possible co-signée par un représentant de l'établissement

de santé. En cas de refus, le directeur de garde peut saisir le procureur de la République et lui demander de prendre les mesures permettant de faire pratiquer d'autorité les soins. Le juge des enfants saisi par le procureur pourra selon les cas confier le mineur à l'Aide Sociale à l'Enfance, ordonner un placement provisoire ou la mise en œuvre d'un traitement. Il pourra autoriser directement le médecin par écrit à prodiguer directement les soins.

En pratique, l'expérience montre qu'au-delà de leurs conseils, les procureurs de la République, s'appuyant sur la notion d'urgence, renvoient généralement aux praticiens la décision de procéder sans délai aux actes médicaux jugés nécessaires. Dans tous les cas, l'établissement de santé doit conserver dans le dossier les copies des documents par lesquels il a saisi le ministère public et le compte rendu des éventuelles conversations téléphoniques.

Pour l'admission générale Code de santé publique Article L 1111-4, L 1111-5, L 2212-7 Article R 112-34, R 1112-36, R 4127-43 Pour l'admission psychiatrique Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 Code de la santé publique : Articles L 3211-1, L 3211-10, L 3213-1, L 3213-9 Pour l'admission d'un mineur étranger Code de la santé publique Articles L 1110-3, L 111-5 Circulaire du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs) 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.



### TEXTES DE LOI CONCERNANT LES SOINS DES MINEURS

---

La question de l'autorisation de soins est au cœur des problématiques d'accès aux soins des MNA. Le Code de la Santé Publique définit les modalités de consentement aux soins. Dans l'article 1112-35 concernant initialement les interventions chirurgicales : « Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent ». L'article R. 4127-42 rappelle qu'un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit « s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible ».

L'article L. 1111-5 précise que le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale n'est pas obligatoire si le mineur souhaite rester dans le secret : « lorsque l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. [...] Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

L'instruction interministérielle du 8 juin 2018 précise ce point : « Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés ».

### SYNTHÈSE DU PARCOURS ADMINISTRATIF ET JUDICIAIRE DES MNA

---

En 2013, le dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés est présenté dans une circulaire du Ministère de la Justice. Il vise à harmoniser les pratiques au niveau national et met en place un système de répartition par département. La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance inscrit ce dispositif dans le Code de l'Action Sociale et des Familles et dans le Code Civil.

La phase de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation est financée par l'État pendant cinq jours. Le Conseil départemental du lieu dans lequel le jeune se présente l'accueille pendant les cinq jours de l'accueil provisoire d'urgence et évalue sa situation.

Si la minorité et l'isolement sont clairement établis, le conseil départemental saisit le procureur de la République qui va confier le jeune à un département par ordonnance de placement provisoire (OPP), puis le parquet du lieu de placement saisira le juge des enfants.

Si la minorité du jeune n'est pas reconnue, la décision de non-lieu à assistance éducative est prononcée par le juge des enfants. Il est alors considéré comme majeur. Cette mesure peut faire l'objet d'un recours par le jeune.

L'évaluation de la minorité s'appuie sur un faisceau d'indices : entretiens conduits avec le jeune par des professionnels des conseils départementaux et vérification de l'authenticité des documents d'état civil. Les entretiens étudient l'état civil, la composition familiale, les conditions de vie dans le pays d'origine, le parcours migratoire, les conditions de vie en France et le projet de la personne.

Si le doute persiste, une expertise médicale de l'âge sur réquisition du parquet peut être demandée. Le jeune doit être consentant, l'information doit être délivrée dans une langue qu'il comprend, le doute doit bénéficier au jeune, l'examen a lieu dans une unité médico-judiciaire, sur la base d'un protocole unique et opposable (données cliniques, dentaires, radiologiques), une double lecture est préconisée.

## MODALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS SELON LA SITUATION DU JEUNE

---

### PROTECTION MALADIE

Les MNA pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) peuvent bénéficier d'une protection universelle maladie (PUMa) et accéder à la complémentaire santé solidaire (CSS) en leur nom propre. Seules l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) sont habilitées à solliciter l'ouverture des droits auprès de la caisse primaire d'assurance maladie.

En revanche, les jeunes qui ne sont pas reconnus comme mineurs ou isolés et donc non pris en charge par les dispositifs de l'ASE ou la PJJ ne peuvent pas bénéficier de la PUMa. Ils peuvent faire une demande d'Aide Médicale d'État. Une circulaire interministérielle de 2011 recommande qu'ils bénéficient de l'AME<sup>27</sup> sans condition de durée minimale de présence sur le territoire français et sans justificatifs de ressources. Les disparités entre les départements sont importantes : certaines caisses primaires accèdent aux demandes d'AME sans délai, tandis que d'autres sollicitent la décision du Conseil départemental statuant de la minorité ou non et exigent d'attendre le délai de trois mois si la minorité n'a pas été reconnue. Par ailleurs, une autre difficulté réside dans la preuve à apporter d'une domiciliation administrative, parfois difficile à obtenir du fait de leur âge déclaré.

Une des demandes concernant l'amélioration de l'accès aux soins des MNA est l'ouverture d'une PUMa – CSS dès la phase d'évaluation, ce qui est déjà pratiqué dans quelques départements.

### LE RESPONSABLE LÉGAL

Le placement d'un MNA au titre de l'assistance éducative n'entraîne pas en soi une délégation de l'autorité parentale. Il faut pour cela une décision judiciaire d'ouverture de tutelle ou de

---

<sup>27</sup> Cf. Annexe 4 : Modèle d'attestation relative à une demande d'aide médicale de l'Etat pour une personne se déclarant mineur non accompagnée et ne disposant pas de pièce d'identité. Document à transmettre à la CPAM

délégation de l'autorité parentale, ou d'autres procédures moins courantes comme la désignation d'un administrateur ad hoc.

Initialement, lorsqu'un jeune fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP), il est placé par le juge auprès d'un tiers ou d'un service habilité (ASE, PJJ). Ces derniers accomplissent tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation (art. 374-4 du Code Civil). Les actes usuels sont « des actes de la vie quotidienne, sans gravité, qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant [...], ou encore, même s'ils revêtent un caractère important, des actes s'inscrivant dans une pratique antérieure non contestée ». À l'inverse, les actes non usuels relèvent de l'autorité parentale. Ils peuvent ponctuellement être réalisés après avis du juge des enfants mais ne peuvent être décidés par le tiers ou le service habilité en l'absence de représentation légale.

Différents modes de représentation légale sont définis dans les articles 377 et 388 du Code Civil :

- La délégation d'autorité parentale permet au tiers ou au service d'effectuer les actes usuels et non usuels relatifs à l'entretien, la santé et l'éducation de l'enfant confié. Celui qui sollicite la délégation auprès du juge aux affaires familiales est celui à qui elle doit bénéficier.
- La tutelle constitue une représentation dans les actes de la vie civile et dans tous les actes où le mineur ne peut exercer seul un droit dont il est titulaire. Le juge aux affaires familiales peut être saisi par des particuliers, le ministère public, l'ASE ou se saisir d'office. Le plus souvent les MNA ne bénéficient pas ou alors tardivement de cette mesure qui est longue à mettre en place, notamment du fait de la réorientation nationale qui peut demander plusieurs mois.
- L'administrateur ad hoc (AAH). L'AAH est une personne désignée pour représenter un mineur et ses intérêts. Sa mission se termine lorsqu'une tutelle est prononcée. Il s'agit d'une représentation légale partielle et temporaire. La procédure peut prendre quelques jours à plusieurs mois.

Par ailleurs, la situation des jeunes non reconnus mineurs est complexe. Quand ils sont en cours de recours auprès du juge des enfants, ils sont alors considérés comme majeurs par les services départementaux de protection de l'enfance.

### **Pour la pratique**

Cadre légal des soins : la présence d'un représentant légal n'est pas indispensable !

« Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L.1111-5 et L. 1111-5-1 du Code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés ».

Dans tous les cas : « le mineur doit prendre part aux décisions concernant sa santé. Il doit consentir aux actes et traitements médicaux dispensés après avoir reçu les informations et préconisations nécessaires selon son degré de compréhension et de maturité » (CSP, L1111-4).

## Annexe n°3 – Dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences

- Si MNA reconnue mineure : elle dépend de l'ASE. Dans ce cas on est sur un circuit de prise en charge associé avec une orientation faite par l'ASE.
  - Dans ce cadre, l'agence accompagne la mise en place des **UAPED**, qui sont des Unités d'Accompagnement Pédiatrique Enfants en Danger et qui permettent le circuit suivant : Urgences >> Orientation vers les urgences pédiatriques ou gynécologiques (selon proximité) >> Plainte sur place possible
  
- Si MNA non reconnue mineure (même en phase d'appel) : elle dépend du droit commun comme une personne majeure.
  - Dans ce cadre l'agence accompagne en IDF 10 **dispositifs de prise en charge des femmes victimes** de violences souvent appelés Maisons des femmes (cf. tableau). Le circuit est alors le suivant : urgences >> orientation vers la Maison des femmes s'il y'en a une qui organise le dépôt de plainte sur place (selon convention) et les prélèvements. L'organisation reste variable d'un site à un autre selon les conventions signées et la localisation des UMJ.
  - Sinon plus généralement : Urgences/ Urgences gynécologiques >> dépôt de plainte à l'hôpital ou au commissariat >> UMJ sur réquisition ou prélèvement pour recueil de plainte par un.e professionnel.le de santé de l'Hôpital.

ANNEE D'ATTRIBUTION MIG	ETABLISSEMENTS	DPTS	NOM DU PROJET
2020	Centre Hospitalier de Saint-Denis	93	Maison des femmes de Saint-Denis
2020	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris APHP (3 sites: Bichat, Hôtel-Dieu, Pitié-Salpêtrière)	75	Projet de structures spécialisées dans la prise en charge globale des femmes victimes de violences à l'APHP
2021	Centre hospitalier de Plaisir "Calypso"	78	Maison des femmes Calypso
2021	Centre Hospitalier Sud Seine et Marne - site de Fontainebleau (CHSSM)	77	AVEC ELLES Sud 77
2021	Centre Hospitalier de Meaux – Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF)	77	Dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences
2022	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP) HOPITAL DE BICETRE	94	Maison des femmes de l'hôpital Bicêtre
2022	GROUPE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LE RAINCY MONTFERMEIL (GHT GPNE)	93	Dispositif de prise en charge des femmes victimes de violences du GHT GPNE
2022	GROUPE HOSPITALIER NORD ESSONNE (Longjumeau)	91	Création d'une Maison des femmes Olympe
2022	CASH DE NANTERRE	92	Un parcours de santé spécifique aux femmes victimes de violence dans le Nord des Hauts-de-Seine
2023	Centre Hospitalier de GONESSE	95	Création d'une structure pluridisciplinaire de prise en charge des violences conjugales

Annexe n°4 - Modèle d'attestation relative à une demande d'aide médicale de l'Etat pour une personne se déclarant mineur non accompagné et ne disposant pas de pièce d'identité. Document à transmettre à la CPAM

Logo de la structure

Je soussigné(e)  
*Nom et prénom*

En qualité de  
*Profession*

Atteste que :  
*(Nom et prénom du jeune) déclarant être né(e)le (date de naissance) à (ville et pays de naissance), se présente comme mineur(e) non accompagné(e).*

L'évaluation de la minorité et de l'isolement familial étant en cours, il/elle demande à pouvoir bénéficier de l'aide médical de l'Etat, en tant que mineur.

Ce statut le/la dispense de remplir la condition de séjour irrégulier et ininterrompu de trois mois.

Fait à  
*Ville*  
Le  
*Date de l'attestation*

*Signature et cachet de la structure*

## ANNEXE n° 5 – Repères bibliographiques

Grande précarité et troubles psychiques. Argumentaire et Recommandation HAS, 2023.

Quel bilan initial et quelles premières mesures prendre chez un enfant migrant ? Frédéric Sorge, Claire Leblanc. La revue du praticien n°2 Vol. 72 Novembre 2022

De l'errance à la détention : les chemins heurtés des mineurs non accompagnés. Trajectoires. Janvier 2023

[http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020\\_27\\_2.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_2.html): État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu ; Anna Hourdet, Marine Rénier, Florette Van de Steeg, Guillaume Rieutord, Hélène de Champs Léger

*Pass, CHU Hôtel-Dieu, Paris, France*

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

<https://orspere-samdarra.com/2016/construire-un-cadre-rassurant-pour-la-prise-en-charge-complexe-des-mineurs-isoles-etrangers/>

<https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=1920#:~:text=Les%20MNA%20sont%20encourag%C3%A9s%2C%20avec,verbalisation%20face%20%C3%A0%20leur%20histoire.>

<https://www.cairn.info/revue-l-autre-2020-3-page-262.htm>

<https://www.comede.org/wp-content/uploads/2021/11/rapport-sant%C3%A9-mentale-MNA-web.pdf>

<https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

<https://www.psychom.org/comprendre/le-retablissement/les-soins/les-urgences/>

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie>

[https://www.researchgate.net/profile/Luu-Ly-Pham/publication/332718802\\_Medical\\_care\\_of\\_unaccompanied\\_foreign\\_minors\\_in\\_Ile-De-France/links/61098eb61e95fe241aac15aa/Medical-care-of-unaccompanied-foreign-minors-in-Ile-De-France.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luu-Ly-Pham/publication/332718802_Medical_care_of_unaccompanied_foreign_minors_in_Ile-De-France/links/61098eb61e95fe241aac15aa/Medical-care-of-unaccompanied-foreign-minors-in-Ile-De-France.pdf)

[https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-253/soins-aux-mineurs-non-accompagnes-mna-l-experience-lausannoise\\_](https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-253/soins-aux-mineurs-non-accompagnes-mna-l-experience-lausannoise_)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961722000460>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448720303504>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448720303504>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448720303504>

Note d'information interministérielle /N°DGS/SP1/GCCS/SD2B/DGOS/R4/DSS/2A/2022/209 du 18 novembre 2022 relative au guide de bonnes pratiques portant sur la première évaluation des besoins de santé des personnes se présentant comme mineurs non accompagnés lors de la phase d'accueil provisoire d'urgence

Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18685 : résultats du baromètre santé 2021, BEH, Santé publique France, N°2 : 14 février 2023

Prise en charge des mineurs étrangers non accompagnés en Ile de France, Médecine Thérapeutique Pédiatrie, 2018, Volume 21, N°3

Questions d'économie de la santé. N°266. Mars 2022.

Rapport annuel d'activité, Mission mineurs non accompagnés, Ministère de la justice

Rebecca Blackmore : The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers: a systematic review and meta-analysis, 2020.

Rapport ONU MSF - MDM 2023 [Rapport ONU MSF-MdM 2023.pdf](#)

Troubles psychiques : Et si on en parlait ? Unafam, 2022

Usages de drogues et conditions de vie des mineurs non accompagnés, Observatoire français des drogues et tendances addictives, Octobre 2022.