

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1530

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement
par

Charlotte HÉDOUX

Le 10 AVRIL 2020

L'ÉTAT DE SANTE PSYCHIQUE DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS
Revue de la littérature et perspectives de recherche

Directeur de thèse : Dr Nicolas VELUT

JURY :

Monsieur le Professeur	Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur	Laurent SCHMITT	Assesseur
Madame la Professeure	Isabelle CLAUDET	Assesseure
Monsieur le Docteur	Nicolas VELUT	Assesseur
Madame la Docteure	Lucie ROSENTHAL	Membre invitée



TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie		
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	P.U. Médecine générale	
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie		
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. BOYER Pierre	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. STILLMUNKES André	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Saouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud :

Cher Professeur, vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury et de juger de ce travail. A chaque étape de mon internat, j'ai trouvé en vous la bienveillance, la disponibilité, l'implication clinique et pédagogique dont nous, internes, avons besoin pour apprendre à devenir psychiatre. Je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect.

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt :

Cher Professeur, je suis très honorée que vous ayez accepté de siéger à ce jury et de juger de ce travail. Je mesure la chance que j'ai eue de travailler avec vous durant l'internat et de bénéficier de votre enseignement rigoureux de la clinique. Je vous remercie de m'avoir fait partager votre intérêt de la psychopathologie et de la confiance que vous m'avez accordée pour porter la voix de la SIPE-AT jusqu'en terres luxembourgeoises. Je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect.

Madame la Professeure Isabelle Claudet :

Chère Professeure, vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et je vous en remercie. Il est vrai que nous n'avons pas encore eu l'occasion de travailler ensemble, mais je nourris l'espoir que cela puisse se réaliser un jour. Votre bienveillance à mon égard lors de nos premiers échanges en dit long sur vos qualités humaines. Je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect.

Monsieur le Docteur Nicolas Velut :

Cher Nicolas, je ne te remercierai jamais assez de l'accueil que tu m'as réservé lorsque j'ai toqué à ta porte. Tu as été le fil rouge de ma formation à la clinique ces dernières années, des « jeudis-clinique » jusqu'au stage d'interne qui a vu le jour il y a un an. Ta pensée d'une clinique de l'exil, ta sensibilité à la question de l'accueil, et l'humanité dont tu fais preuve dans ta pratique sont pour moi des guides. Je me réjouis de pouvoir continuer à arpenter les mystérieux massifs de la clinique psychiatrique à tes côtés. Je te présente ma gratitude et mon respect.

Madame la Docteure Lucie Rosenthal :

Chère Lucie, je te remercie de me faire l'honneur de siéger à ce jury de thèse. Je tiens, bien sûr, à te remercier pour ton amitié qui m'est chère. Je souhaite également saluer ici tes grandes qualités cliniques, ton esprit critique, et l'énergie intarissable qui t'anime. Ton soutien théorique et méthodologique m'a été précieux dans la réalisation de ce travail. Tes remarques et questions seront pour moi d'une grande valeur. Je te présente ma gratitude et mon respect.

A ceux qui m'ont guidée dans ce travail de thèse :

Aux jeunes du pavillon, à ceux dont je n'ai fait que croiser le regard et ceux qui m'ont fait confiance pour les accompagner un temps.

Au Docteur Karine Pariente, après un an passé à tes côtés, je mesure la chance que j'ai d'avoir croisé ta route. Ta vivacité d'esprit, ta force et ton engagement ont bouleversé ma vision de la médecine. Si je t'avais connue plus tôt, qui sait, peut-être serai-je devenue médecin généraliste ? Je te remercie de m'avoir soutenue et guidée dans ce travail de thèse. Tu es un membre du jury à mon esprit.

A Gian Piero et Hélène, merci d'avoir partagé avec moi vos réflexions et votre quotidien. J'ai toujours espéré en écrivant cette thèse, qu'elle puisse devenir un document qui vous semble utile à l'accompagnement des jeunes. Vos retours seront donc pour moi d'une grande valeur dans la poursuite de la réflexion.

A Benjamin et Inès, merci d'avoir pris le temps de me rencontrer l'été dernier et de partager avec moi vos expériences, votre engagement, vos visions de la problématique des jeunes. Le temps est passé vite et nous n'avons pas pu renouveler ces discussions vives et animées. J'espère que ce temps viendra très prochainement.

Au Dr Adeline Gallini, merci de nous avoir apporté votre soutien et votre expérience concernant la recherche. En espérant pouvoir poursuivre l'élaboration de notre projet de recherche avec votre aide, je vous exprime toute ma gratitude.

Au Dr Marie-Elise Llau, merci d'avoir pris le temps d'échanger avec moi et de permettre une réflexion sur l'adaptation de notre projet aux exigences de la recherche. Je vous exprime toute ma gratitude.

Au Professeur Jérémie Pariente pour son regard critique et son enseignement précieux de la rigueur scientifique dans le domaine de la recherche.

Aux médecins, psychologues, éducateurs, infirmiers et autres soignants qui ont porté la voix des mineurs non accompagnés à travers leurs textes et qui m'ont permis de mener ce travail : merci.

Aux personnes qui m'ont appris mon métier :

Aux personnes qui ont pu me faire suffisamment confiance pour partager avec moi les expériences douloureuses qu'elles traversaient et auprès desquelles j'ai appris à devenir médecin.

A l'équipe de la Maison des Adolescents de Reims, au Pr Anne-Catherine Rolland, au Dr Julien Eutrope et au Dr Cécile Delahaigue : vous avez été ma porte d'entrée dans le monde de la psychiatrie et le point de départ de cette aventure. J'ai passé deux étés de mon externat à vos côtés et garde précieusement l'enseignement que j'ai reçu de chacun de vous. A S. qui a été la première à me faire la demande « vous, vous pouvez pas être ma psy ? ». Je ne vous ai jamais donné de réponse, mais je me suis posé la question avec le plus grand des sérieux.

Au collectif du Centre Antonin Artaud à Reims, il est si dur de trouver les mots pour vous exprimer ma gratitude, mais la force qui me pousse à venir prendre un café avec vous sitôt revenue dans le « Nord » en est peut-être une preuve. Avec vous, j'ai appris à cultiver l'importance de la « moindre des choses ». Comme disait F., « maintenant on peut partir partout, parce qu'on sait qu'ici ça existe, qu'on peut y revenir » : j'espère revenir vous rendre visite bientôt, avec des violettes de Toulouse. Au Docteur Patrick Chemla, merci pour ton amitié et la valeur inestimable de ton enseignement.

A l'équipe des Chemins de la Lande à Lannemezan, au Dr Cécile Bataillon, avec vous, j'ai fait mes premiers pas d'interne. Votre bienveillance, votre sollicitude, votre créativité dans l'élaboration du soin et la confiance que vous m'avez accordée ont été d'une grande importance pour moi. Je vous remercie pour votre enseignement et votre accueil chaleureux.

A l'équipe de l'UF3 du CHU de Toulouse, au Dr Virginie Rouch, au Dr Sophie Prébois, je vous remercie pour m'avoir appris avec rigueur et sérieux la clinique « au lit du patient ». Le dynamisme et la grande curiosité pour la théorie clinique qui animent le service ont été moteurs pour moi dans l'apprentissage du métier de psychiatre. Pour cela et pour la chaleur humaine avec laquelle vous m'avez accueillie au sein de l'équipe, je vous remercie du fond du cœur.

A l'équipe de l'Hôpital de Jour des Petits à l'Hôpital Lagrave, au Dr Geneviève Marchand Hérisson, j'ai passé un semestre d'une grande richesse clinique à vos côtés. Le travail d'élaboration d'un cadre suffisamment stable pour soutenir la quotidienneté des choses auprès des enfants que vous accueillez, est un enseignement riche qui continue de guider ma pratique. Je vous remercie également de la confiance que vous m'avez accordée et de votre curiosité pour « les trucs de phéno » qui m'animaient au moment où nous nous sommes rencontrés.

A l'équipe de l'UHSA du CH Marchant, au Dr Anne-Hélène Moncany, Dr Raphaël Carré et Dr Maxime Vedere, aux psychiatres de l'aile B, des SMPR de Seysses et Muret. Je vous remercie pour votre bienveillance, votre accueil chaleureux et votre accompagnement rigoureux au cours de ce semestre qui fut des plus riches en questionnements éthiques et cliniques. Les qualités humaines dont vous faites preuve dans l'élaboration des soins en milieu carcéral constituent pour moi un enseignement précieux.

A l'équipe de l'USA du CHU de Toulouse, au Dr Karine Faure, Dr Tudi Gozé, Dr Frédérique Massat et Dr Teresa Sanchez. La finesse de vos pensées cliniques, la subtilité de vos dispositifs et votre capacité à tenir les conditions de possibilités d'une prise de position subjective en s'accordant à la temporalité du sujet forcent l'admiration. Au final, le temps du stage m'aura à peine suffi à toucher du doigt la complexité des soins que vous élaborez, et soyons honnêtes, je vous ai quitté frustrée de ne pas pouvoir continuer mon apprentissage à vos côtés. Mais je nourris l'espoir que nos chemins se croisent à nouveau, d'une manière ou d'une autre.

A l'équipe du CMP de pédopsychiatrie de Montauban, au Dr Sylvain Dupouy, Dr Emma Vielix, Dr Lola Villetorte, Dr Florence Bousigue. Je suis arrivée dans votre service au cours d'un été riche en changements et pourtant, vous m'avez accueillie à bras ouverts et pris le temps de m'accompagner dans l'apprentissage de la clinique de l'enfant. Grâce à vous, je ne vais pas simplement m'occuper de personnes adultes, mais d'enfants devenus grands. Pour tout ce que nous avons partagé et continuerons à partager : merci.

Aux équipes de l'USPS, de la PASS, de la Halte Santé, de la PASS Psy, de l'EMS, du CSAPA Maurice Dide, et toutes les équipes prenant soin des personnes en situation de précarité avec lesquelles j'ai travaillé cette dernière année d'internat. Aux Dr Nicolas Velut et Dr Karine Pariente, pour avoir rendu ce stage possible. A vous tous, dont la finesse clinique, la qualité de travail de tissage du lien, et les qualités humaines qui vous animent sont pour moi des guides dans l'élaboration de ma pratique clinique. Je vous remercie de l'accueil que vous m'avez réservé en arrivant au sein de ces différents services. Je m'estime bien chanceuse d'avoir pu passer une année complète d'internat à vos côtés, mais plus encore de pouvoir continuer à travailler par la suite avec vous.

Aux personnes qui m'ont éveillée à la philosophie :

A Madame Marcel, je vous revois encore en train d'animer nos débats philosophiques de terminale le samedi matin. Je vous revois en train de discuter l'actualité pendant des heures, de prendre soin de la rattacher chaque fois à des concepts élaborés par Platon, Spinoza, Nietzsche puis de soupirer « on n'aura jamais fini le programme pour le bac... ». Ce que je garde de vous, est bien plus précieux que ce que l'on trouve dans le programme. Ce que je garde de vous, c'est le désir d'en apprendre davantage, de comprendre, de poursuivre la réflexion et de la faire vivre. Pour cela, je vous remercie.

Aux enseignants de l'UE « Médecine et Philosophie » de l'Université de Reims Champagne-Ardenne, pour leur engagement pédagogique dans l'enseignement de l'éthique auprès des étudiants en médecine.

Aux docteurs et chercheurs en philosophie de l'Université de Toulouse Jean Jaurès auprès desquels j'ai eu la chance de pouvoir me former aux exigences et à la rigueur de la pensée philosophique durant le temps du Master 1 de Philosophie Allemande et Française, Genèses et Devenirs. J'espère pouvoir bientôt revenir sur les bancs de la faculté pour poursuivre mes réflexions à la lumière de votre enseignement. A Flora Bastiani, pour avoir accepté de me guider dans le travail d'élaboration du mémoire : merci pour ta disponibilité et la clarté de ton enseignement.

Aux personnes qui m'ont éveillée à la phénoménologie :

A Tudi, pour m'avoir ouvert ce monde que j'ignorais et pour le faire vivre autour de toi : merci.

Aux organisateurs et aux participants du DU de phénoménologie psychiatrique de Nice, pour avoir fait de l'année 2017, le plus beau « festum ». Vous retrouver chaque mois et se frotter aux écrits des grands phénoménologues était un grand bonheur pour moi.

A Juliette, pour faire vivre par l'écriture la phénoménologie toulousaine.

A tous les chercheurs et intervenants dans les congrès et séminaires qui ont pris le temps d'échanger avec moi et de me faire avancer dans l'étude et la pratique phénoménologique.

A mes proches :

À mes parents, pour toujours trouver les mots pour m'aider à affronter mes doutes. Ils furent nombreux ces dix dernières années, mais à vos côtés tout me semble possible. Si les circonstances l'avaient permis, j'aurais été si fière de vous présenter, au moment de cette thèse, à tous les collègues et amis toulousains qui partagent ma vie. Merci pour votre amour, « divin comme un parapluie ».

À mes petites sœurs, mes deux « p'tits préférés », pour savoir me ramener à l'essentiel et pour avoir ensoleillé de votre humour l'écriture de cette thèse. Vous me rendez fière d'être votre grande sœur.

À ma famille, pour tous vos doux mots d'encouragement, pour votre soutien indéfectible, pour les cierges des partiels à l'église, pour les petits tupperwares du dimanche soir, pour les pots de confiture, pour les remèdes miracles contre l'eczéma, pour le riz au crabe, pour les grille-pains gagnés au loto quine, pour les balades sur la digue, et le café sous le haut-vent de la caravane... Pour toutes ces petites choses faites d'amour que nous partageons.

À Papinou, je continuerai à couvrir de dessins les murs de l'hôpital.

À Mathieu, ma muse, merci d'avoir été aussi attentionné et présent pendant ce travail, et aussi d'avoir fait ma vaisselle. Avec toi, le monde est plus grand.

À ma « belle belle-famille » qui m'a accueillie à bras ouverts et m'a apporté son soutien pendant ce travail.

À mes amis...

... de longue date : Nawal, pour me coller aux baskets depuis quinze ans et pourvu que ça dure.

... de Reims : Charlotte, pour avoir rendu épique notre traversée des études de médecine. Justine, mon compagnon de route, pour parcourir le monde avec moi. Vincent, Nabil, Marwan, Maud, Poupoule, les pâtes aux nouilles de la première année avaient tellement meilleur goût avec vous. Margot et Matthieu, pour la magie de l'Autobus 975 et de nos débats enflammés. Eva et la bande du Terrier, pour nos soirées inoubliables. Aurore et les minis, pour les moments de bonheur que l'on a partagé autour d'une tasse de café. Romain, pour ton sens unique de l'improvisation, Radiohead et les pépitos. Julien et Claire, vous êtes terribles mes Muriel(s). Mathieu C., pour ta spontanéité et pour ta joie de vivre. Julie et Emma, mes « copines-filles ». Aux copains de médecine, je sais que vous vous reconnaîtrez. À l'Escale pour avoir été le foyer de tant de belles amitiés, pour avoir arrosé nos plus grandes joies et épongé nos plus grandes peines. Aux amis partis trop tôt.

... de Toulouse : Inès, et dire qu'il aura fallu parcourir un millier de kilomètres depuis notre Nord natal pour que l'on se rencontre, mais ça valait vraiment le détour ! Au Clan des Phénoménologues, mon Dasein bat pour vous. A Pierre D., ton enthousiasme est contagieux ! Aux amis du Coati, pour l'initiation à la psychiatrie transculturelle. À Marion, merci d'avoir quitté Besançon pour venir égayer ma vie à Toulouse, quelle belle rencontre ! À Maud, pour les folles soirées théâtre. À Émilie, pour avoir presque marché sur les braises à Tarbes. À Alice, Carole et Yolaine pour les petites bulles « entre filles ». À Sami, tu colores le monde. A Popus et la famille Huot pour leur soutien. À tous mes co-internes ceux du début, ceux de la fin, ceux qui ont finalement choisi la médecine générale et la neurologie : quel plaisir de vous avoir rencontré et d'avoir partagé avec vous cette période de l'internat. Bientôt je l'espère, nous pourrons fêter dignement la fin de cette période et le début d'une nouvelle ensemble.

À tous les amis de voyage, pour le bout de chemin que nous avons fait ensemble.

Table des matières

Introduction	27
1. Cadre juridique.....	33
1.1. Epidémiologie.....	33
1.1.1. Quelques chiffres	33
1.1.2. Données socio-démographiques	34
1.2. Cadre légal	37
1.2.1. Les textes	37
1.2.2. L'évaluation	40
1.2.3. Saisine des services de l'Etat	42
1.2.4. Place de la médecine dans l'évaluation.....	44
1.2.5. Représentant légal et administrateur ad hoc	45
1.2.6. Le jeune est reconnu mineur	46
1.2.7. Le jeune est reconnu majeur	47
1.2.8. Actualités du dispositif d'accueil, d'évaluation et d'orientation des MNA	48
2. La souffrance psychique chez les mineurs non accompagnés	49
2.1. Méthodologie.....	49
2.2. Expression symptomatique.....	50
2.3. Facteurs de risque.....	56
2.4. Facteurs protecteurs.....	61
2.5. Outils psychothérapeutiques.....	64
2.5.1. Représentation et demande de soins psychiques	64
2.5.2. Relation de soin.....	66
2.5.3. L'interprétariat	68
2.6. Le cadre de soin	69
2.7. Adolescence	70
2.8. Culture.....	72
3. Discussion	75
3.1. Limites de la revue de la littérature	75
3.1.1. Hétérogénéité de la population étudiée.....	75
3.1.2. Hétérogénéité des prises en charge dans les pays d'accueil.....	76
3.1.3. Hétérogénéité méthodologique.....	77
3.1.4. Objectifs de recherche	81

3.2. Perspectives de recherche	82
3.2.1. Actualités de la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés à Toulouse	82
3.2.2. Dispositif de consultation conjointe somato-psychiatrique à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Toulouse	85
3.2.3. Perspectives de recherche à partir du dispositif de consultation conjointe somato- psychiatrique	87
Conclusion.....	91
Bibliographie	95
Annexes	103
Annexe 1 : Hopkins Symptom Checklist 37-A.....	103
Annexe 2 : Reactions of Adolescents to Traumatic Stress.....	104
Annexe 3 : Stressful Life Events	105

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

ADF : Assemblée des Départements de France

ANRAS : Association Nationale de Recherche et d'Action Solidaire

ARSEAA : Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

BDSR: Birleson Depression Self-Rating Scale

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé

CHQ: Child Health Questionnaire

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

DDAEOMI : Dispositif Départemental, d'Accueil, d'Évaluation et d'Orientation des Mineurs Isolés

DPJJ : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

DSSYR: Daily Stressors Scale for Young Refugee

HSCL 37-A: Hopkins Symptom Checklist 37 for Adolescents

HTQ: Harvard Trauma Questionnaire

IES: Impact of Event Scale

IGA : Inspection Générale de l'Administration

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGJ : Inspection Générale de la Justice

IPA: Interpretative Phenomenological Analysis

MENA : Mineurs Étrangers Non Accompagnés

MIE : Mineurs Isolés Étrangers

MNA : Mineurs Non Accompagnés

OIR : Organisation Internationale des Réfugiés

OPP : Ordonnance Provisoire de Placement

UE : Union Européenne

UNHCR : Haut-Commissariat des Nations Unis pour les Réfugiés

RATS: Reactions of Adolescents to Traumatic Stress

SLE: Stressful Life Events

SUPEA : Services Universitaires de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

USPS : Unité de la Souffrance Psycho-Sociale

« La justice a une étrange puissance de séduction, ne trouvez-vous pas ? »

Franz Kafka, *Le Procès*.

« Nous tentons de nous adapter le mieux possible à un monde où il faut en quelque sorte s'armer d'une conscience politique au moment de faire ses courses. »

Hannah Arendt, *Nous autres réfugiés*.

Introduction

L'expression « mineur non accompagné » a fait une apparition récente dans le champ lexical des institutions françaises. C'est qu'elle fait référence à une population dont les premières descriptions ne datent que des années 90 (1). A cette époque, la France accueille sur son sol les premiers mineurs dont le parcours migratoire s'achève sans la présence de leur famille ou d'un proche qui en assurerait la protection. Depuis, le nombre de ces jeunes à la situation migratoire particulière, ne cesse d'augmenter. Les conflits politiques, les situations de guerre, les conditions socio-économiques précaires et les politiques migratoires dans les pays d'accueil sont autant de facteurs pouvant expliquer cette mise en mouvement des mineurs vers un pays où ils pourraient trouver refuge. Leur présence en nombre croissant sur le territoire français amène les pouvoirs publics à se questionner sur la prise en charge institutionnelle de cette population. A partir de 2002, ces jeunes sont désignés par l'expression « mineurs isolés étrangers », qui ne trouve pas de « définition arrêtée et explicite dans le droit français » (2). Toutefois, elle trouve un encadrement légal dans la situation d'enfance en danger, telle que prévue dans le dispositif juridique français de protection de l'enfance, qui est applicable sans condition de nationalité (3). Dans ces conditions, le terme « étranger » semble donc être un qualificatif non nécessaire à l'approche de la problématique de ces jeunes. Dans son article « L'incertitude menaçante qui pèse sur les mineurs étrangers : conséquences psychologiques »(2), Laure Woestelandt fait la remarque que « sur le territoire français, le jeune migrant est nommé indifféremment mineur isolé étranger et mineur étranger isolé ». Elle attire notre attention sur le fait que ces deux dénominations ne se recouvrent pas : quand l'une reflète notre perception du jeune d'abord comme isolé, l'autre fait primer l'étranger en l'autre.

Par ailleurs il convient de noter que cette expression est proprement française. Les articles en langue anglaise désignent ce groupe de population par les termes « unaccompanied refugee minors /children /adolescents/youth »¹. Ce qui d'emblée nous frappe ici, c'est l'indécision qui réside dans la catégorisation par l'âge. Le terme « mineur » renvoie à l'âge de l'état civil, quand ceux d' « enfants » et « adolescents » évoquent davantage des stades du développement psychique, alors que les « jeunes » souligne la constitution d'un groupe dans sa dimension sociale. Deuxièmement, le mot « isolé » suggère l'extraction totale de la personne

¹ Nous pourrions traduire littéralement cette expression par «mineurs/enfants/adolescents / jeunes réfugiés non accompagnés ».

de son environnement, sa mise à l'écart, l'absence d'interaction avec son milieu. La formule « non accompagné » quant à elle, matérialise le spectre de l'être cher qui manque au côté du jeune, fait exister l'absence de l'adulte en charge de sa protection. Enfin, il convient de considérer avec prudence le terme très fortement connoté de « réfugié ». Un bref détour historique nous semble nécessaire à l'appréhension du sens que les auteurs peuvent mettre derrière ce terme.

Après la Révolution, la France devient « une terre d'accueil pour les réfugiés étrangers [...] bannis de leur patrie pour la cause de la liberté. » (4). Cette définition éprouve ses premières limites au lendemain de la première guerre mondiale, quand des milliers d'hommes et de femmes se voient forcés de quitter leur terre natale, victime de la chute des empires et du dessin de nouvelles frontières. L'installation des régimes totalitaires, la crise socio-économique et l'explosion du second conflit mondial accentuent les mouvements de population et les raisons de devenir réfugiés se modifient fondamentalement : fuite des politiques de terreur, des combats, des persécutions, déportation, ... Hannah Arendt, dans son article « We Refugee » (1943), fait état de ce changement de paradigme concernant le terme de réfugié :

« D'ordinaire un réfugié est une personne contrainte à demander l'asile pour avoir commis quelque acte ou défendu une opinion politique. Et bien, il est vrai que nous avons cherché refuge, mais nous n'avons commis aucun acte répréhensible et la plupart d'entre nous n'ont jamais caressé l'idée de proclamer quelque opinion subversive. Avec nous, le terme de «réfugié» a changé de sens. Les réfugiés sont désormais ceux d'entre nous qui ont connu un malheur tel qu'ils ont dû immigrer sans ressources, dans un autre pays et trouver de l'aide auprès de Comités de Réfugiés². » (5)

A partir de 1946, la prise en charge des réfugiés s'institutionnalise à un niveau international par la création de l'Organisation internationale des réfugiés (OIR), qui est remplacée en 1950 par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) (4). A la suite d'une décision de l'Assemblée générale de l'UNHCR, une Conférence de plénipotentiaires des Nations Unies s'est tenue à Genève en 1951. De cette conférence, résulte

² Nous pensons qu'Arendt fait ici référence au Comité intergouvernemental pour les réfugiés, créés à l'issue de la Conférence d'Evian en 1938. Cette conférence s'est tenue à l'initiative du président américain Franklin Roosevelt, posant la question de l'accueil des réfugiés juifs allemands et autrichiens fuyant le régime nazi.

une convention régissant le statut juridique des réfugiés tel que nous le connaissons encore aujourd'hui en ces termes :

« Toute personne qui, par suite d'événements survenus avant le 1er janvier 1951 et craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner » (6).

Ainsi de nos jours, lorsque nous parlons de « réfugié » il est à la fois possible de faire référence au statut juridique de celui qui a obtenu une réponse favorable à sa demande d'asile dans le pays d'accueil, et également à la simple condition de l'Homme dont l'action a consisté à trouver refuge loin des maux dont il était la visée. Cette polysémie entretient activement le flou dans la littérature en langue anglaise. En effet, « refugee » renvoie parfois à l'obtention effective devant la loi du statut de réfugié. Mais certains auteurs choisissent d'employer ce terme indépendamment de la situation administrative avançant que la frontière entre « réfugié » et « migrant » est vague, que beaucoup de migrants subissent la violence des persécutions politiques sans pour autant obtenir le statut de réfugié dans le pays d'accueil et enfin, que les enfants ne choisissent de quitter leur foyer volontairement que dans de rares cas (7).

A partir de l'année 2017, un changement de dénomination s'opère dans les institutions françaises (8,9). On ne parle plus de « mineurs isolés étrangers » (MIE) mais de « mineurs non accompagnés » (MNA) . A la différence de la position européenne qui choisit l'expression « mineurs étrangers non accompagnés » (MENA) (10), en France, le qualificatif « étranger » disparaît. Si, comme nous l'évoquions précédemment, le pays d'origine n'a guère sa place dans la prise en charge théorique de ces jeunes au nom de l'enfance en danger, il semblerait logique de ne plus le mentionner. Mais cela reflète-t-il la réalité sociale et politique à laquelle ce groupe de population a à faire à son arrivée sur le sol français ?

A la lumière de l'évolution des dénominations sur les dernières décennies, nous pouvons désormais appréhender avec un regard critique les trois définitions du groupe de population que nous souhaitons porter à notre étude.

La première, internationale, est celle formulée par le Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (UNHCR) : "un enfant non accompagné est une personne âgée de moins de 18 ans,

sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable, qui est séparé de ses deux parents et n'est pas pris en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire" (11).

La seconde, européenne, est extraite de l'article 1 de la Résolution du 26 juin 1997 du Conseil de l'Union Européenne, et définit les Mineurs Etrangers Non Accompagnés comme : "tous les nationaux de pays tiers de moins de 18 ans qui entrent dans le territoire des Etats membres sans être accompagnés d'un adulte qui soit responsable d'eux par effet de la loi ou de fait, et tant qu'ils ne soient pas effectivement à charge d'une telle personne (...) (tout comme) les mineurs nationaux de pays tiers qui furent laissés seuls après être entrés dans le territoire de l'Etat membre". Notons ici, la restriction quant à l'origine des jeunes, qui ne sont considérés comme des MENA que s'ils proviennent de pays tiers à l'Union Européenne (10).

Enfin, la troisième, nationale, provient du « Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés » et s'énonce comme suit : « Les mineurs non accompagnés (MNA) sont définis comme les jeunes de moins de 18 ans privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille » (1).

Malgré cette première tentative de délimiter les caractéristiques qui font la particularité de cette population que nous avons choisi d'étudier, force est de constater qu'un flou persiste quant à la définition de ce groupe de population. Qui sont les mineurs non accompagnés ? Comment se manifestent-ils dans le champ social ? Souffrent-ils de troubles psychiques ? Et si oui, comment les accompagner ? Quels axes de soins paraissent adaptés à leur prise en charge ? Autant de questions que nous tenterons de déployer dans ce travail de thèse.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons au cadre juridique déterminant les conditions de possibilité pour les mineurs non accompagnés d'exister dans le champ social et médical. Pour cela, nous mènerons une revue de la littérature juridique en prenant soin de contextualiser les modifications du cadre légal en fonction des évolutions sociales et migratoires. Dans une seconde partie, nous présenterons une revue narrative de la littérature portant sur les symptômes et syndromes psychiatriques présentés par les mineurs non accompagnés, les facteurs influençant la survenue de troubles psychiques ainsi que les outils psychothérapeutiques envisageables dans le soin. Nous nous attacherons à dégager les enjeux spécifiques liés à la fois à la période de l'adolescence mais également à la question de la culture. Enfin, il s'agira dans notre dernière partie, de faire état des limites des connaissances actuelles

concernant l'état de santé mentale des mineurs non accompagnés et d'en dégager des perspectives de recherches que nous pourrions déployer.

1. Cadre juridique

1.1. Epidémiologie

1.1.1. Quelques chiffres

Environ la moitié des vingt millions de réfugiés dans le monde sont des enfants (12). Parmi eux, certains ont eu à entreprendre ou poursuivre leur exil seul. A ce jour et à notre connaissance, nous ne disposons pas de données chiffrées permettant d'estimer le nombre de mineurs non accompagnés à l'échelle mondiale.

En revanche, l'organisme Eurostat, chargé de l'information statistique au niveau européen, a récemment attiré notre attention sur l'augmentation majeure du nombre de MNA ayant fait une demande d'asile auprès des pays membres. En effet, il rapporte une relative stabilité du nombre de MNA demandeurs d'asile évaluée entre 11 000 et 13 000 par an sur la période de 2008 à 2013 (1). Ce chiffre s'est vu doublé en l'espace d'une année puis a quadruplé l'année suivante pour atteindre 88 300 MNA demandeurs d'asile en 2015 (1). Cette année-là, le nombre le plus élevé de demandeurs d'asile considérés comme mineurs non accompagnés a été enregistré en Suède (avec près de 35 300 mineurs non accompagnés, soit 40% de l'ensemble des mineurs non accompagnés enregistrés dans les États membres de l'UE), suivie par l'Allemagne (14 400, soit 16%), la Hongrie (8 800, soit 10%) et l'Autriche (8 300, soit 9%) (1). Ensemble, ces quatre États membres comptaient pour trois-quarts de l'ensemble des mineurs non accompagnés enregistrés dans l'UE en 2015. Toutefois ces données restent à interpréter avec précautions en raison de biais de sélection. En effet, les politiques internes aux États membres de l'Union Européenne diffèrent considérablement quant à la nécessité pour les MNA de déposer officiellement une demande d'asile pour pouvoir être pris en charge dans le pays d'accueil. C'est pourquoi ces chiffres sous-estiment très certainement le nombre de MNA arrivant sur le sol européen. La Commission Européenne estime d'ailleurs à plus de 8500 le nombre de MNA se trouvant dans un pays membre de l'Union Européenne sans y avoir déposé une demande d'asile en 2013 (1). Cela représente environ 65% du nombre de MNA ayant demandé l'asile en 2013, il s'agit donc d'un nombre d'individu non négligeable qui ne fait pas exception. Cette estimation ayant été formulée avant la majoration de l'afflux migratoire de 2015, nous pouvons faire la supposition que ce nombre est également bien plus élevé à ce jour.

En France, nous disposons de données plus récentes qui relèvent une nouvelle hausse du nombre de MNA se présentant sur le territoire français vers l'été 2017. Une enquête lancée par l'Assemblée des départements de France auprès des Conseils départementaux évaluait à plus de 54 000 le nombre d'évaluations sociales réalisées en 2017, soit le double de 2016 (1). Ces données sont elles-mêmes sujettes à caution, car le recueil de données s'est effectué sur la base du déclaratif et pouvaient comprendre des évaluations menées deux fois pour le même sujet. Au terme de ces 54 000 évaluations et des décisions judiciaires posées, 14 908 sujets ont été déclarés mineurs non accompagnés. Le rapport annuel de la mission mineurs non accompagnés note une « augmentation exceptionnelle du nombre de mineurs enregistrés par la Mission MNA de l'ordre de 85% entre 2016 et 2017 contre 14% entre 2017 et 2018 ». Ainsi, 17022 personnes déclarées mineures non accompagnées (MNA) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018 ont été portées à la connaissance de la cellule (13).

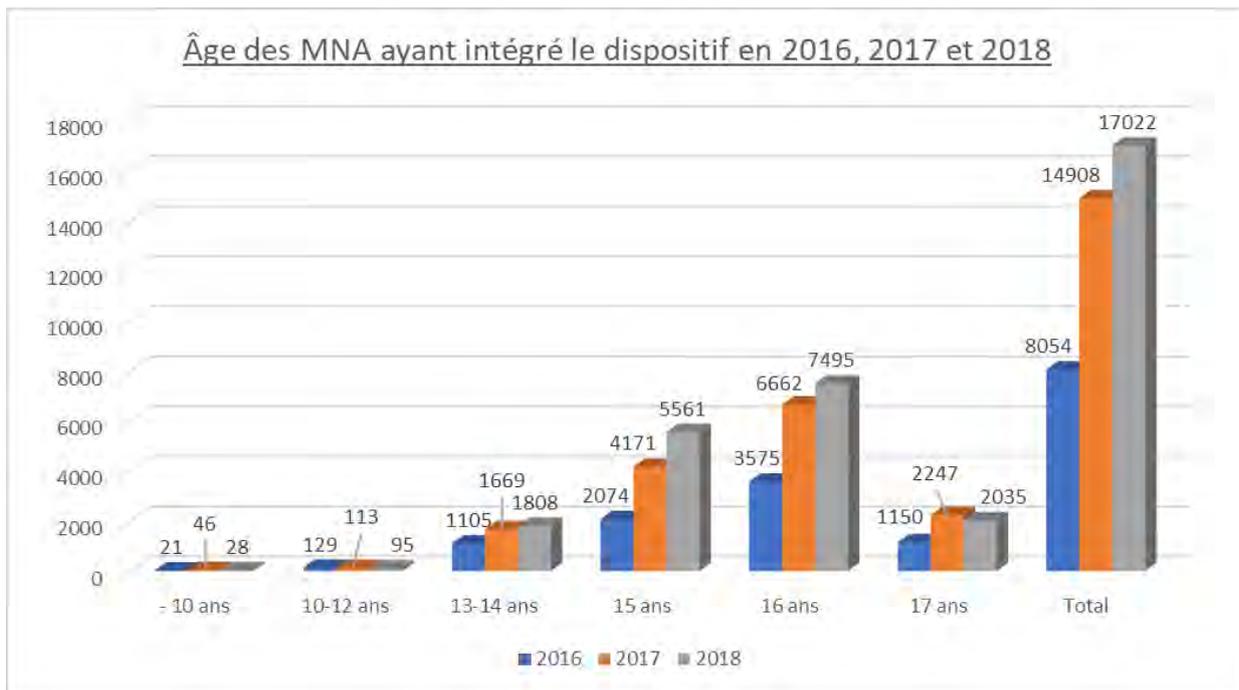
A l'échelle régionale, 1920 sujets ont été reconnus mineurs non accompagnés en Occitanie, dont 247 en Haute-Garonne (13). Toutefois, nous ne disposons à notre connaissance d'aucunes données concernant le nombre de personnes qui se sont présentées comme mineurs non accompagnés. De plus, il est possible que certains jeunes ne se soient pas présentés auprès des dispositifs d'évaluation ; ceux-ci n'apparaissent donc dans aucunes données chiffrées.

Les modifications des politiques migratoires des pays voisins semblent avoir une nette influence sur les départements dans lesquels se présentent les jeunes. Le rapport annuel de la mission MNA note une augmentation significative du nombre d'arrivées par la frontière espagnole eu dernier semestre 2018, suite aux restrictions concernant l'arrivée de personnes en situation de migration en Italie, fermant ainsi la voie alpine pour arriver jusqu'en France (13).

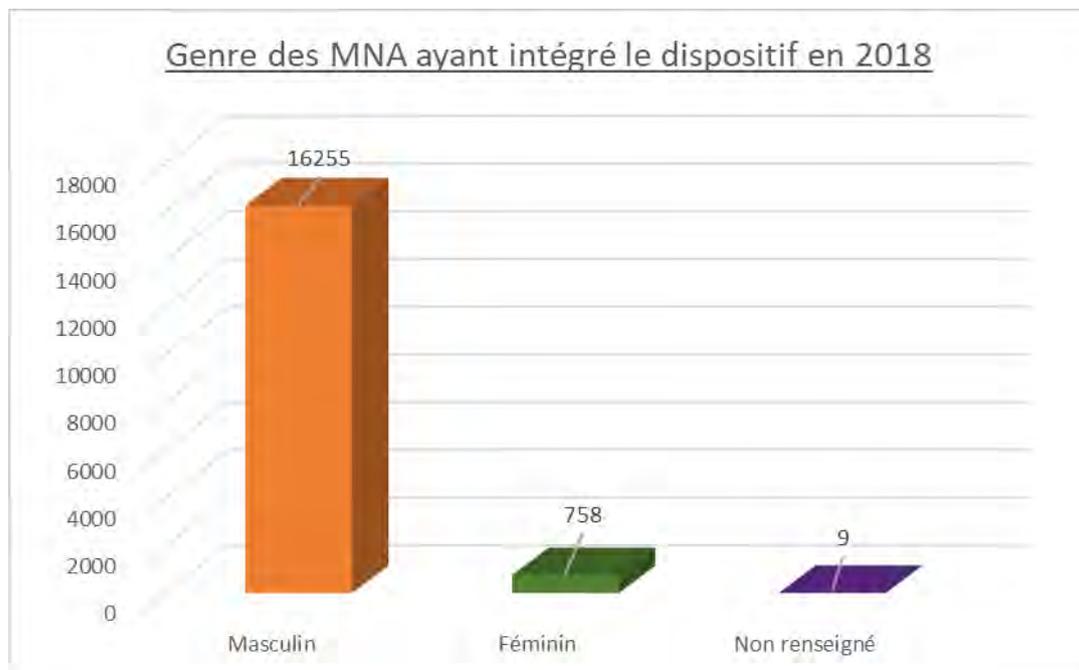
1.1.2. Données socio-démographiques

Les données dont nous disposons sont celles extraites par la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ) dans son rapport annuel de la Mission Mineurs Non Accompagnés (13). Elles ne concernent que les jeunes ayant été reconnus juridiquement comme Mineurs Non Accompagnés.

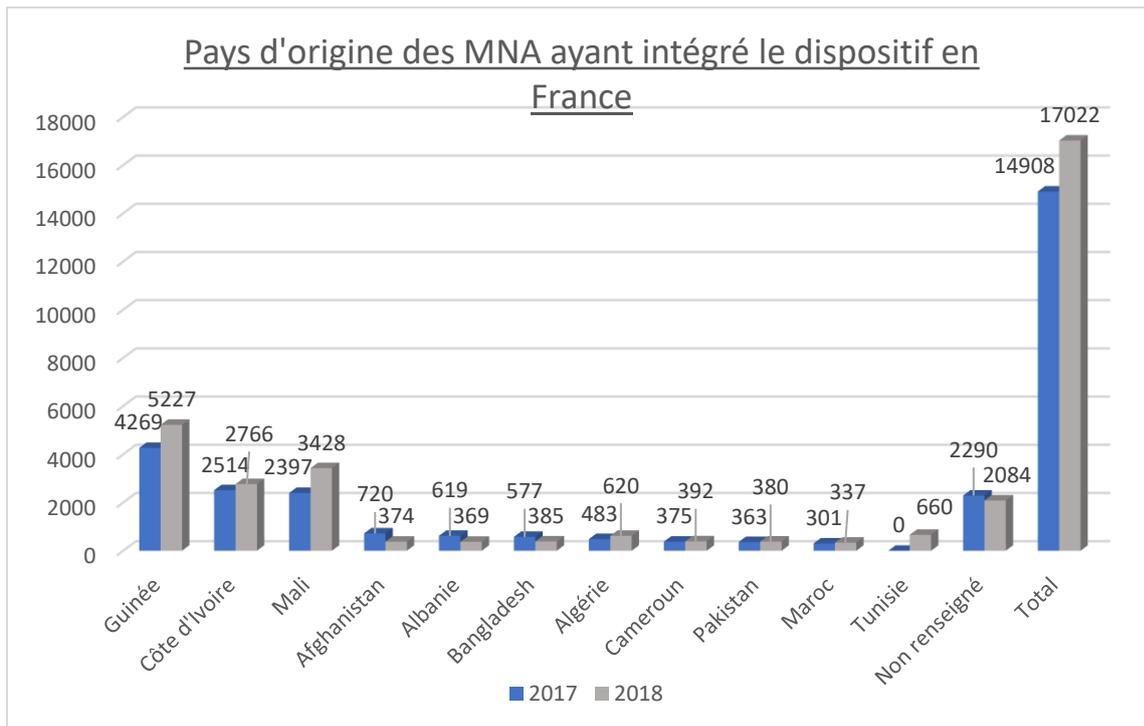
Parmi ces jeunes, plus de 50% ont entre 16 et 17 ans. Cette proportion reste stable sur les trois dernières années. Sur l'histogramme ci-dessous, nous pouvons également noter l'importante augmentation du nombre de jeunes ayant intégré le dispositif.



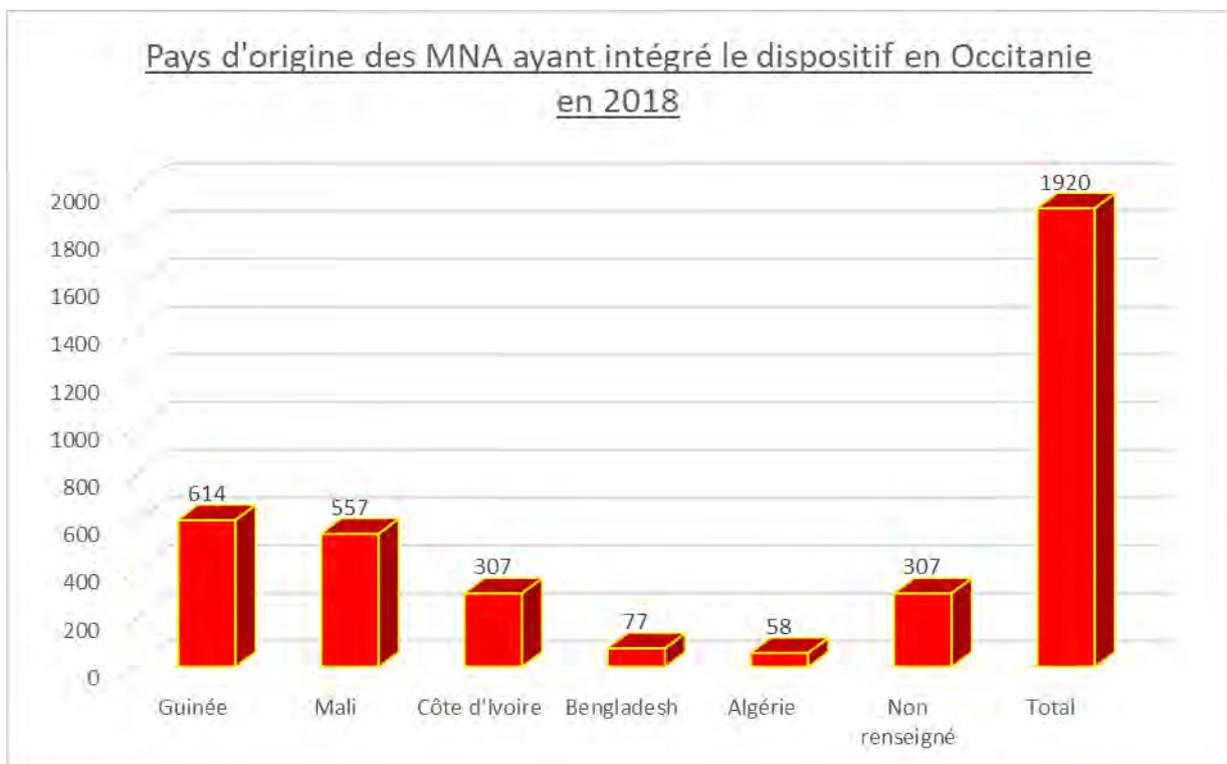
En 2018, 95,5% des MNA étaient de sexe masculin, soit 16 255, 4.45% de sexe féminin, soit 758 et nous ne disposons pas d'information concernant 0.05% des jeunes, soit 9 personnes. Il convient de noter que le nombre de filles a considérablement diminué sur vingt ans, puisque la part de MNA de sexe féminin était encore de 20 % en 2001(1).



A l'échelle française, les jeunes ayant intégré le dispositif en 2017 et 2018 étaient originaires principalement de Guinée, Côte d'Ivoire, Mali et Afghanistan.



Au niveau de la région Occitanie, nous remarquons que les mineurs non accompagnés restent principalement originaires de Guinée, Mali et Côte d'Ivoire. En revanche, nous n'avons pas connaissance que des jeunes originaires d'Afghanistan aient été pris en charge sur les dispositifs départementaux.



1.2. Cadre légal

1.2.1. Les textes

Depuis l'année 1989, la France fait partie des états signataires de la Convention internationale relative aux droits de l'enfance. A ce titre, elle a la mission de faire primer l'intérêt de l'enfant « dans toutes les décisions qui seront prises le concernant ». L'article 20 de ce texte se veut très clair concernant l'orientation à prendre quant à la prise en charge des mineurs vivant sur le sol français sans leur famille :

« Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'Etat. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafala, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique » (14).

Toutefois, comme nous l'évoquions précédemment, ce n'est qu'à partir de l'année 2002 que la situation des « mineurs isolés étrangers » est envisagée d'un point de vue juridique au titre de la protection de l'enfance en danger (3). La loi de mars 2007, réformant la protection de l'enfance en France, intègre les « mineurs isolés étrangers » qui désormais doivent être pris en charge selon le droit commun, de la même manière que n'importe quel enfant ou adolescent privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille (15). L'article L.112-4 du code de l'action sociale et des familles en dresse les principaux axes d'accompagnement : « l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant » - ce qui n'est pas sans rappeler les principes énoncés par la Convention internationale relative aux droits de l'enfance. En conséquence, il relève de la compétence du département, par la mission allouée aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance, d'assurer la mise à l'abri, la protection, l'éducation et la santé des mineurs non accompagnés au lieu où ils se présentent sur le territoire français.

Principaux textes organisant la prise en charge des MNA

- **1989** : signature de la Convention internationale des droits de l'enfant
- **Mars 2007** : réforme de la loi de la protection de l'enfance
- **31 mai 2013** : circulaire dite « Taubira »
- **30 janvier 2015** : annulation partielle de la circulaire du 31 mai 2013 par le Conseil d'État
- **25 janvier 2016** : circulaire interministérielle relative à la mobilisation des services de l'État auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tel.
- **14 mars 2016** : promulgation de la loi n°2016-297 relative à la protection de l'enfant donnant notamment une base législative au mécanisme de répartition géographique des MNA.
- **24 juin 2016** : décret relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille (MPTODPF).
- **28 juin 2016** : arrêté relatif aux modalités de calcul de la clé de répartition des orientations des MPTODPF. Cet arrêté institue par ailleurs la cellule dite « MMNA ».
- **23 septembre 2016** : arrêté relatif à la composition et aux règles de fonctionnement du comité de suivi du dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des MPTODPF.
- **17 novembre 2016** : arrêté relatif aux modalités de l'évaluation des MPTODPF, fixant le référentiel national définissant les modalités d'évaluation des personnes se présentant comme MNA.
- **15 février 2018** : Rapport de la mission bipartite réunissant l'IGA, l'IGAS, l'IGJ et l'ADF.

Cependant, l'augmentation majeure du nombre de jeunes arrivant en France sans la protection de leur famille, met rapidement en évidence les limites de ce système, dont les moyens se montrent insuffisants à répondre aux besoins primaires de cette population. Les capacités d'accueil de certains départements comme Paris et la Seine-Saint-Denis se voient complètement saturées et amènent les pouvoirs publics à penser au niveau local, des solutions pour organiser l'accueil de ces jeunes. A l'automne 2011, le président du conseil général de Seine-Saint-Denis a annoncé ne plus être en mesure d'accueillir les MIE qui lui étaient confiés par décision de justice. Face à ce refus de prise en charge, le parquet de Bobigny a organisé une répartition des mineurs arrivant dans le département vers une vingtaine de départements plus ou moins voisins (16).

En mai 2013 la Garde des Sceaux, Christiane Taubira, expose dans une circulaire (17) un dispositif visant à organiser l'accueil des MIE dans les départements selon un principe d'orientation nationale défini d'après une clé de répartition. Cette dernière est fonction de la part de la population de moins de 19 ans dans chaque département. Ce dispositif introduit également un changement majeur de paradigme dans la prise en charge des jeunes non accompagnés : l'accès aux dispositifs de l'Aide Sociale à l'Enfance devient conditionné par une évaluation des critères d'âge et d'isolement qui devra conclure à la minorité et à la privation temporaire ou définitive de la famille.

Cette évaluation aboutit à une décision de reconnaissance ou de refus de reconnaissance de cette qualité par le président du conseil départemental qui se prononce sur la base d'un rapport de

synthèse et d'un avis motivé émis par le professionnel chargé de l'évaluation sociale. Ce dispositif n'est pas destiné à être appliqué avec les mineurs isolés de nationalité française.

Dans une décision du 30 janvier 2015 (18), le Conseil d'État, annule partiellement la circulaire du 31 mai 2013, jugeant qu'en l'absence de disposition législative, la Garde des Sceaux ne pouvait définir ainsi les critères de l'orientation géographique des mineurs concernés.

La loi du 14 mars 2016 (19) vient donc fournir le fondement législatif qui manquait à la circulaire du 31 mai 2013. Ce texte consacre aux yeux de loi, le dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. Il valide le dispositif de « répartition proportionnée » des mineurs non accompagnés entre les départements selon les objectifs fixés par le Ministère de la Justice. Au cours de l'année 2016, plusieurs dispositions réglementaires (circulaires, décrets, arrêtés) viennent préciser le rôle de l'Etat, les modalités d'évaluation, le calcul de la clé de répartition, et les missions du comité de suivi de ce dispositif (20–24).

Suite à l'augmentation exceptionnelle de 85 % du nombre de mineurs enregistrés par la Mission MNA entre 2016 et 2017 (13), ainsi qu'aux rapports (16) des sénateurs Elisabeth Doineau et Jean-Pierre Godefroy et à l'avis de la députée Delphine Bagarry (25), le gouvernement a souhaité faire un état des lieux de la situation afin d'apporter des réponses aux problématiques dégagées. Le Premier ministre a donc nommé le 30 octobre 2017 une mission de réflexion sur les MNA- « la mission bipartite » (1)- menée par quatre organismes : l'inspection générale de l'administration (IGA), l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'inspection générale de la justice (IGJ) et l'Assemblée des Départements de France (ADF). Elle avait pour objectif d'identifier des solutions opérationnelles permettant d'améliorer l'efficacité, la cohérence et la soutenabilité budgétaire de la phase d'évaluation et de mise à l'abri de la politique publique mise en œuvre au profit des MNA. Le rapport de la mission bipartite a été rendu public le 15 février 2018. Il expose des propositions techniques d'amélioration de l'organisation et de l'évaluation des personnes se déclarant MNA, ainsi que deux scénarii de réformes possibles.

Le premier implique un remboursement plus conséquent par l'Etat des dépenses engagées par les conseils départementaux. Quant au second, il consiste à ce que l'Etat, devienne responsable de l'accueil provisoire d'urgence des MNA et de l'évaluation de leur situation. Ceci suppose donc un transfert de compétence des départements vers l'Etat. Dans ce scénario, les jeunes non accompagnés ne seraient plus de la responsabilité des départements et donc ne dépendraient plus de l'Aide Sociale à l'Enfance. Il nous semble que ce scénario va à l'encontre du respect de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, dans le sens où il ancre une nouvelle

différence de prise en charge en fonction d'un critère de nationalité. Le choix du gouvernement s'est porté sur une majoration du soutien financier (13).

1.2.2. L'évaluation

Le protocole d'évaluation a été élaboré et diffusé pour la première fois dans la circulaire dite « Taubira », puis légiféré par la loi du 14 mars 2016. Très peu de modifications ont été apportées au texte original, si ce n'est la disparition de quelques précautions que nous relèverons dans cette sous-partie et dont nous analyserons l'impact dans la partie « Discussion » de ce travail. Il convient donc en premier lieu, de nous attacher à décrire les modalités d'évaluation ainsi que les enjeux aux plans juridiques et administratifs.

Le dispositif d'évaluation a pour mission l'investigation de deux axes : l'âge et l'isolement. L'âge auquel il est fait référence ici, est celui des textes, l'âge de l'état de civil tel qu'il est défini dans l'article 388 du code civil : « Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de 18 ans accomplis » (19). Quant à l'isolement, la loi de mars 2016 le définit comme suit : « Un mineur est considéré comme isolé lorsqu'aucune personne majeure n'en est responsable légalement sur le territoire national ou ne le prend effectivement en charge ou ne montre sa volonté de se voir durablement confier l'enfant, notamment en saisissant le juge compétent. » (19). L'arrêté du 17 novembre 2016 précise que « le fait qu'un mineur ne soit pas considéré comme isolé ne l'empêche pas de bénéficier des dispositifs de protection de l'enfance » (24).

Lorsqu'un jeune migrant non accompagné arrive dans un département français, il peut se présenter de lui-même ou être orienté vers le dispositif d'accueil, d'évaluation et d'orientation afin de faire reconnaître sa qualité de « mineur non accompagné » auprès des institutions françaises. La phase de mise à l'abri / évaluation / orientation est organisée par les services du département ou par toute structure du secteur public ou du secteur associatif à laquelle la mission d'évaluation a été déléguée par le président du conseil départemental (24). L'évaluation doit se dérouler dans une langue comprise par le jeune évalué, avec la présence d'un interprète si cela s'avère nécessaire (24). Selon la loi (19), le jeune doit être informé des objectifs et des enjeux de l'évaluation à savoir qu'il ne pourra être prise en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance que si l'évaluation conclut qu'il est mineur et privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille à l'issue de l'évaluation. Le cas échéant, il doit

être informé qu'il est possible qu'il soit pris en charge dans un autre département que celui ayant procédé à l'évaluation.

Dès lors qu'il intègre le dispositif d'accueil, d'évaluation et d'orientation, le jeune est hébergé, encadré par une équipe éducative durant cinq jours au cours desquels le conseil départemental doit procéder à l'évaluation des critères de minorité et d'isolement. Cette durée est définie par l'article L. 223-2 du CASF qui stipule que le service d'aide sociale à l'enfance peut prendre en charge un mineur en danger pour une durée maximale de cinq jours « en cas d'urgence et lorsque le représentant légal du mineur est dans l'impossibilité de donner son accord ». Aux termes de ces cinq jours, le service doit saisir l'autorité judiciaire. Le juge des enfants ou le procureur de la République ont alors la possibilité de prononcer une ordonnance provisoire de placement (OPP). Le mineur peut par la suite être confié, notamment à un service d'aide sociale à l'enfance (16).

Les professionnels en charge de l'évaluation doivent justifier d'une formation ou d'une expérience en matière de connaissance des parcours migratoires et de géopolitique des pays d'origine, de psychologie de l'enfant et de droit des mineurs. L'ensemble de ces connaissances sont mises en avant dans l'arrêté du 17 novembre 2016 comme la condition *sine qua none* leur permettant d'exercer leur mission dans des conditions garantissant la prise en compte de l'intérêt de l'enfant. Cette évaluation doit être menée selon une exigence de pluridisciplinarité (24).

L'évaluation est structurée selon les six axes suivants (17,24):

- l'état civil, et notamment présentation des documents d'état-civil en possession du jeune dans le cadre de l'évaluation de l'âge
- la composition familiale, et notamment maintien des liens familiaux
- présentation des conditions de vie dans le pays d'origine dans le cadre de l'évaluation de l'isolement
- exposé des motifs de départ du pays d'origine et présentation du parcours migratoire de la personne jusqu'à l'entrée sur le territoire français
- conditions de vie depuis l'arrivée en France
- projet de la personne

Le recueil de ces informations peut se faire sur un ou plusieurs entretiens. Il appartient à l'évaluateur de juger de la cohérence du récit livré par le jeune, « ces éléments [constituant] un

faisceau d'indices qui permet d'apprécier si la personne est un mineur privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille » (24).

La circulaire du 31 mai 2013 (17) donne des points d'accroche sur lesquels l'évaluateur peut appuyer son « analyse » (24) : « le développement physique du jeune et la compatibilité de l'apparence physique avec l'âge allégué, le comportement du jeune et la compatibilité du comportement avec l'âge allégué, la vulnérabilité du jeune, la capacité du jeune à l'indépendance et à l'autonomie, la capacité de raisonnement et de compréhension ». Si nous ne pouvons qu'être interpellés à la lecture de ces axes d'interprétation du discours et notamment de leur caractère superficiel, leurs importantes variations interindividuelles et l'absence de lien établi avec l'âge réel du sujet, nous pourrions trouver un léger soulagement dans les précautions énoncées dans cette même circulaire :

« Aucune des rubriques retenues ci-dessus ne permet en elle-même une appréciation fondée de la compatibilité entre l'âge allégué par le jeune et son âge réel. L'évaluateur devra apprécier si tous les éléments apportés forment un ensemble cohérent. Ces éléments constitueront un faisceau d'indices qui permettra à l'évaluateur d'apprécier si le jeune peut ou non avoir l'âge qu'il affirme avoir. L'évaluation ne pourra conclure à un âge précis, mais au fait que le jeune peut - ou non - avoir l'âge qu'il allègue. [...] D'autant plus que beaucoup d'éléments demandés au jeune ne pourront être que déclaratifs, [...] [et] le jeune peut avoir des difficultés à parler de sa famille, de son histoire et de son parcours» (17).

Cependant, nous faisons le constat de la disparition de tous les points de vigilance sus cités dans la circulaire de 2016 et, contre attente, l'analyse des éléments recueillis par les évaluateurs est désormais considérée comme « objective » (20) bien que la méthode de recueil n'ait aucunement changé.

1.2.3. Saisine des services de l'Etat

La saisine des services de l'Etat n'intervient qu'en cas de doute sur la minorité au terme de l'évaluation sociale (20). Le président du conseil départemental est chargé de saisir les services de lutte contre les fraudes en vertu de l'article 47 du code civil, si et seulement si (20):

- l'acte d'état civil est d'apparence frauduleuse (ratures, surcharges) ;
- il existe des incohérences internes à l'acte ou des différences manifestes entre la réalité et les informations contenues dans l'acte ;

- il existe d'autres actes remettant en cause l'authenticité de l'acte présenté et des informations qu'il contient.

Le président du conseil départemental peut saisir le préfet de département dans la période des cinq jours de mise à l'abri. Les référents en matière de fraude de la préfecture tenteront de procéder aux vérifications nécessaires dans le délai des cinq jours de l'accueil provisoire.

S'ils ne peuvent statuer dans le délai imparti, le président du conseil départemental doit procéder à la saisine de l'autorité judiciaire. Dans ce cas, le bureau de la fraude documentaire de la direction centrale de la police aux frontières pourra être saisie et rendre un avis dans les huit jours (20).

Il est important de souligner ici que ce dispositif d'évaluation positionne les jeunes migrants se déclarant mineurs en dehors du droit commun de la protection de l'enfance en fonction d'un critère de nationalité, le temps de l'évaluation par le conseil départemental.

La possibilité d'un recours aux services de lutte contre les fraudes de la préfecture et de la police aux frontières en cas de simple doute, est un argument supplémentaire mettant en avant le fait que ces jeunes sont considérés comme étrangers, « migrants », avant d'être traités comme des enfants.

La loi « Asile et Migration » du 10 septembre 2018 (26) annule le recours conditionnel, de la vérification documentaire en décrétant l'application d'un traitement automatisé des données biométriques, « afin d'apporter aux départements un outil de soutien à l'évaluation de la minorité et de l'isolement ». Il est possible pour les départements d'y avoir recours, selon leur bon vouloir, depuis le début de l'année 2019, selon un déploiement progressif de cet outil sur le territoire (13). Cette mesure a été légiférée malgré plusieurs mises en garde. La CNIL avait alarmé sur le manque de fiabilité du recueil de données en rappelant que « les empreintes digitales des mineurs sont beaucoup moins stables et fiables que celle des majeurs » (1). Quant au Défenseur des Droits, il avait marqué son opposition à cette mesure « qu'il considère comme une atteinte grave à la vie privée s'agissant de personnes considérées comme mineures jusqu'à preuve du contraire » (1).

1.2.4. Place de la médecine dans l'évaluation

Lorsqu'un jeune migrant se déclare « mineur non accompagné » auprès du conseil départemental, il existe deux situations cumulatives pour lesquelles un recours aux examens médicaux peut être envisagé selon l'article 388 du code civil (19):

- le jeune ne dispose pas de documents d'identités valables
- le jeune fait état d'un âge qui n'est pas vraisemblable

Dans ce contexte de doute sur la minorité déclarée par le jeune, le recours aux examens médicaux ne peut avoir lieu que sous deux conditions (19):

- la décision a été posée par une autorité judiciaire (juge ou parquet)
- le consentement du jeune a été recueilli avant de procéder aux examens.

La notion de consentement n'est pas sans ambiguïté dans le cas présent. En effet, si le consentement du jeune est nécessaire à la réalisation des examens, il n'est pas recueilli par l'autorité judiciaire mais par le médecin en charge de l'examen. La décision judiciaire est donc posée quelle que soit l'intention du jeune de consentir ou non à un tel examen. De plus, il n'est pas précisé si le consentement du jeune doit se faire en qualité de mineur jusqu'à preuve du contraire, avec la désignation d'un représentant légal ou s'il se fait en son nom propre selon une présomption de majorité. Enfin, le refus de consentir à cet examen recèle un certain paradoxe dans la manière avec laquelle il est envisagé dans la loi. En effet, d'un côté le refus « ne vaut pas présomption de majorité » (19), mais de l'autre « il apparten[t] à l'autorité judiciaire [de] tirer les conséquences » (19) de ce refus. Ainsi si le consentement de la personne est nécessaire pour cet examen, le fait même qu'il puisse y avoir des conséquences à un refus de consentir ampute le sujet dans sa liberté de choisir.

Si la personne donne son accord, les examens d'âge prévus par la loi consistent en un examen clinique et des examens radiologiques de trois types (1):

- radiographie de la main et du poignet gauche (méthode d'évaluation la plus couramment utilisée en France)
- radiographie panoramique dentaire (parfois à titre complémentaire)
- scanner de la clavicule (parfois à titre complémentaire)

Toutefois, la validité scientifique allouée à ces examens radiologiques nous semble des plus contestables. En effet, les clichés radiographiques de la main et du poignet sont comparés à

l'atlas de Greulich et Pyle, établi dans les années 1930 à partir d'une population américaine d'origine caucasienne issue de classes sociales moyennes, ou selon la méthode de Tanner et Whitehouse basée sur une population britannique des années 1950. Or, nous savons depuis que la maturation d'un individu connaît des variations physiologiques qui sont fonction du sexe, de l'origine ethnique ou géographique, de l'état nutritionnel ou du statut socio-économique (27). Les référentiels sus-cités nous apparaissent impropres à rendre compte de la maturation osseuse d'une population d'origine géographique différente, avec une alimentation différente, d'éventuelles carences alimentaires liées au parcours migratoire, et vivant dans une situation de précarité sociale. De plus, une étude de 2007 évalue un écart type allant de -1 à 1.3 ans dans l'estimation de l'âge osseux dans la population marocaine (28). L'enjeu de la prise en charge d'un enfant en danger ne devrait dépendre d'une évaluation de l'âge pouvant estimer le même jeune comme ayant 16 ans ou 18 ans révolus. Le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) nous mettait déjà en garde en 2005 : « l'utilisation qui en [l'évaluation de l'âge osseux] est faite par la transformation d'une donnée collective et relative à une finalité médicale en une vérité singulière à finalité juridique ne peut être que très préoccupante » (29). En 2017, le Défenseur des Droits marquait son « opposition à la pratique des examens médicaux d'évaluation de l'âge » tout en dénonçant que « sous prétexte de les encadrer, la loi du 14 mars 2016, les ait inscrits dans la loi, qui plus est sous une forme rédactionnelle qui prête largement le flanc à la critique, à savoir l'imprécision du nouvel article 388 du code civil » (1).

La médecine semble ici instrumentalisée, sur injonction judiciaire, à la réalisation d'un examen à visée non médicale n'ayant pas de validité scientifique établie pour répondre avec précision à la question de l'âge. La place de la médecine dans le cadre de l'évaluation de l'âge pose donc question sur le plan éthique.

1.2.5. Représentant légal et administrateur ad hoc

Nous l'avons spécifié précédemment, la loi de mars 2016 inscrit la protection judiciaire des mineurs non accompagnés par le juge des enfants au titre de la protection de l'enfance en danger (19). Le juge des enfants peut ainsi décider de confier le jeune aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance. Cependant, il n'est pas mentionné dans cette loi qu'une autre voie d'accès à ces services est légalement possible. En effet, l'ASE peut se voir confier la charge effective d'un mineur par le juge des tutelles « si la tutelle reste vacante », ce qui est le cas pour les mineurs non accompagnés (30). Il existe donc deux procédures, reposant sur des fondements

juridiques différents (danger / défaut de titulaire de l'autorité parentale) qui peuvent aboutir à la prise en charge par les services de l'ASE (31). Notons qu'un mineur ne peut saisir lui-même le juge des tutelles mais que ce dernier a la possibilité de s'auto-saisir.

Toutefois l'arrêt du 9 mars 2017 stipule que « dès lors que la minorité est établie au moyen de l'évaluation sociale et de la production de documents d'état civil étranger [...] les conditions relatives à l'ouverture d'une tutelle d'État sur le fondement de l'art. 411 c. civ. sont remplies au bénéfice d'un mineur non accompagné» (31). La possibilité de saisir le juge des tutelles semble donc fonction du dispositif d'évaluation, qui vient suspendre les droits de l'enfant. Ainsi la question du représentant légal pour les jeunes en cours d'évaluation reste sans réponse.

Pour les jeunes souhaitant déposer une demande d'asile ou pour ceux dont l'évaluation a conclu à la majorité et qui souhaitent faire un recours pour faire valoir leur minorité, le code de l'entrée et du séjour et du droit d'asile prévoit la désignation d'un administrateur ad hoc (32). L'administrateur ad hoc est une personne désignée pour représenter un mineur dans le cadre d'une procédure déterminée lorsque ses tuteurs légaux sont dans l'impossibilité de le faire ou lorsque les intérêts du mineur sont contraires à ceux de ses représentant légaux (32).

1.2.6. Le jeune est reconnu mineur

La reconnaissance de la minorité au terme de l'évaluation sociale, éventuellement complétée d'une vérification des documents d'acte civil et d'examens radiographiques, est la porte d'entrée pour une prise en charge par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance. Le jeune reconnu officiellement « mineur non accompagné » se voit confié à un département en charge de sa protection, selon la clé de répartition définie par le Ministère de la Justice (1).

En France, l'obligation de détenir un titre de séjour ne concerne que les étrangers âgés de plus de 18 ans. Pour les mineurs non accompagnés ayant été pris en charge par l'ASE, plusieurs cas de figures sont envisageables au passage à la majorité concernant leur titre de séjour (20) :

- Le jeune qui a été confié à l'aide sociale depuis au moins trois ans peut demander la nationalité française, avant le passage à la majorité ;
- Le jeune qui a été pris en charge par l'ASE avant l'âge de seize ans peut obtenir une carte de séjour temporaire portant la mention «vie privée et familiale » à partir de ses dix-huit ans, et sous certaines conditions ;

- Le jeune qui a été pris en charge par l'ASE après l'âge de seize ans peut obtenir à titre exceptionnel une carte de séjour portant la mention « salarié » ou « travailleur temporaire » à partir de ses dix-huit ans s'il justifie suivre depuis au moins six mois une formation destinée à lui apporter une qualification professionnelle, et sous certaines conditions. Il peut également prétendre à titre exceptionnel à une carte de séjour portant la mention « étudiant » s'il poursuit « avec sérieux et assiduité des études secondaires ou universitaires », et sous certaines conditions.

1.2.7. Le jeune est reconnu majeur

Parmi les personnes qui participent à l'évaluation sociale, environ la moitié sont estimées majeures par les conseils départementaux (1). Notons que, selon la mission bipartite, certaines personnes n'accèdent pas à l'étape de la mise à l'abri et de l'évaluation « étant considéré[e]s comme manifestement adultes et immédiatement réorientés vers les dispositifs de droit commun » (1). Ce jugement arbitraire, au « faciès » (33), semble priver la personne de la possibilité de faire valoir ses droits.

Si la décision du président du conseil départemental conclut à la majorité pour le jeune se déclarant « mineur non accompagné », celui-ci ne dépend plus de la prise en charge des conseils départementaux (1). Il doit être notifié du refus de prise en charge, et informé des voies et des délais de recours applicables ainsi que des droits reconnus aux personnes majeures en matière d'hébergement d'urgence, d'aide médicale, de demande d'asile ou de titre de séjour (1). Il est pourtant possible pour la personne, de saisir le juge des enfants pour contester la décision du conseil départemental. La personne se trouve alors dans un vide juridique où elle n'est considérée ni tout à fait comme mineure, ni tout à fait comme majeure. La mise à l'abri n'est plus assurée par le conseil départemental le temps du recours. La décision finale concernant la minorité du jeune est une décision judiciaire appartenant au juge des enfants (1). S'il statue en faveur de la minorité, nous rejoignons le cas de figure décrit dans le paragraphe précédent. S'il conclut à la majorité du jeune, alors il dispose des mêmes droits que tout adulte migrant se présentant sur le territoire français en termes de droit au séjour et à la santé.

1.2.8. Actualités du dispositif d'accueil, d'évaluation et d'orientation des MNA

Le constat rendu à l'occasion du travail de la mission bipartite est formel : le dispositif d'accueil, d'évaluation et d'orientation des jeunes se présentant comme « mineur non accompagné » est saturé (1).

Depuis l'augmentation majeure en 2017 du nombre de jeunes non accompagnés arrivant sur le territoire français, les capacités d'accueil sont dépassées. Les conséquences de cela se situent sur les trois niveaux :

- l'accueil : la mise à l'abri n'est plus effective au sein des structures dédiées. Plusieurs cas de figures ont été identifiés dans les différents départements. Parfois les jeunes se voient arrêtés dès l'entrée dans le dispositif qui leur est soit refusé, soit ouvert en différé avec plusieurs semaines d'attente. Dans d'autres cas, les jeunes accèdent au dispositif d'évaluation tout en étant hébergé dans des hôtels, sans accompagnement éducatif, ou encore en étant à la rue (1,13).
- l'évaluation : elle peut être accélérée avec des entretiens courts, ne répondant pas aux exigences de pluridisciplinarité. Elle peut également être de longue durée, excédant les cinq jours de plusieurs mois et retardant ainsi la prise en charge de ces jeunes par les services compétents et l'accès à leurs droits. Par ailleurs, les exigences de formation des évaluateurs, presque expertales, ne sont pas toujours respectées, et les formations complémentaires sont facultatives(1,13).
- l'orientation : lorsque le jeune est reconnu mineur, il arrive qu'il soit orienté vers un autre département que le département évaluateur, celui-ci ayant déjà atteint son objectif cible. Actuellement certains départements d'accueil refusent de prendre en charge le jeune, ne reconnaissant pas la validité de l'évaluation initiale(13,33). Parfois, il arrive que les objectifs cibles ne soient pas mis à jour lors de l'orientation d'un jeune, celui-ci peut donc être adressé hors du département évaluateur puis réadressé dans un second temps vers ce département évaluateur en fonction des changements au niveau de la clé de répartition(13).

2. La souffrance psychique chez les mineurs non accompagnés

2.1. Méthodologie

La méthodologie employée est celle de la revue narrative de la littérature. Les données ont été recueillies à partir d'une recherche dans les bases de données suivantes : Google Scholar, Pub Med, Cairn. Nous avons utilisé les mots clés « mineurs isolés étrangers », « mineurs non accompagnés », « unaccompanied minors », « unaccompanied refugee minors », « unaccompanied refugee adolescents », « unaccompanied refugee youth », « unaccompanied refugee children » et « santé mentale », « souffrance psychique », « mental health ».

Nous avons inclus les articles :

- publiés entre le 01/01/2000 et le 31/06/2019
- publiés en français ou en anglais
- dont la population d'étude était composée de mineurs non accompagnés spécifiquement, ayant fait l'expérience de la migration, dont l'âge déclaré était inférieur à dix-huit ans. Le terme « refugee » n'était pas nécessairement entendu comme l'aboutissement de la procédure administrative de demande d'asile, mais comme la condition de la personne cherchant un refuge auprès d'un pays d'accueil. Les études comparatives entre les mineurs étrangers non accompagnés et les mineurs étrangers accompagnés ont été incluses.
- certains articles cités dans les bibliographies des articles sélectionnés, ont pu être inclus s'ils remplissaient les critères d'inclusion sus-cités

Nous avons exclu les publications :

- publiées avant le 01/01/2000 ou après le 31/06/2019
- dans une langue autre que le français ou l'anglais
- dont au moins groupe de population à l'étude n'était pas composé spécifiquement de mineurs étrangers non accompagnés âgés de moins de dix-huit ans.
- dont l'objectif d'étude était sans rapport avec la souffrance psychique de cette population.

2.2. Expression symptomatique

L'augmentation majeure du nombre de mineurs non accompagnés arrivant sur le territoire européen au début des années 2000 a été l'occasion pour certains chercheurs de se questionner sur l'accueil de ces jeunes et de leur souffrance psychique. A cette époque, peu de recherches avaient été menées sur l'état de santé mentale de cette population et leur rapport aux services de soins psychiatriques. C'est dans ce contexte que le projet national de recherche longitudinale « *Unaccompanied Refugee Minors and Dutch Mental Healthcare Services* »³ (34) a été créé. L'objectif principal de cette recherche était de déterminer la sévérité de la détresse psychologique des mineurs non accompagnés, leur besoin de soins psychiques, et la disponibilité des services de soins psychiatriques pour les mineurs non accompagnés vivant aux Pays Bas, entre 2001 et 2004. Un objectif secondaire de cette recherche était de développer et valider des instruments de mesure de la détresse émotionnelle et des troubles du comportement adaptés à cette population spécifique (34). Ce travail a donné lieu à une collaboration avec le département d'Orthopédagogie de l'Université de Ghent en Belgique. Ce dernier a mené une recherche indépendante dans le but d'examiner si le fait de ne pas être accompagné était un facteur de risque, pour les enfants et les adolescents réfugiés, de développer des troubles aux plans émotionnel et comportemental (35). Les résultats de ces projets de recherche ont été publiés au sein de plusieurs articles dont les principaux auteurs sont Tammy Bean, Ilse Derluyn, Philip Spinhoven, Elisabeth Eurelings-Bontekoe, Eric Broekaert, Ab Mooijaart et Cindy Mels (7,34,36-41). Les instruments de mesure employés auprès des mineurs réfugiés non accompagnés dans cette étude sont les auto-questionnaires suivants :

- *Stressful Life Events* (SLE) : il permet l'identification des événements stressants ou traumatiques auxquels les adolescents réfugiés âgés de 12 à 18 ans ont pu être exposés. Il a été élaboré de manière à recueillir des informations sur le nombre et le type d'événements dont ils ont pu faire l'expérience (40).
- *Reactions of Adolescents to Traumatic Stress* (RATS): il permet le repérage des adolescents âgés de 12 à 18 ans à risque de développer une psychopathologie de type état de stress post-traumatique (38,40).
- *Hopkins Symptom Checklist 37 for Adolescents* (HSCL-37A): il permet d'identifier les éventuels symptômes psychosociaux et émotionnels des adolescents réfugiés âgés de 12

³ Que nous pourrions traduire par « Les Mineurs Réfugiés Non Accompagnés et les services de soins psychiatriques aux Pays Bas ».

à 18 ans et de favoriser le repérage de ceux qui sont à risque de développer une psychopathologie. Il évalue les symptômes dépressifs, anxieux, les troubles des conduites et de l'opposition.(37,39)

Ces questionnaires ont été remplis majoritairement sur le temps scolaire, en présence de plusieurs investigateurs, dans une langue comprise par le jeune. La population (n=920 à T1 et n= 582 à T2) évaluée devait avoir entre 12 et 18 ans.

Dans leur article «*Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up*» (36) , Bean et al. mettent en évidence que 41.9% des mineurs non accompagnés présentaient des symptômes de stress post-traumatique supérieur au seuil clinique à un an de suivi. Notons que la prévalence du syndrome de stress post-traumatique dans la population générale des enfants est de 2 à 9% (42). De plus, au sein de la population, 46.2% étaient au-dessus du seuil clinique concernant les symptômes de dépression et d'anxiété évalués par la HSCL 37-A et 12.2% avaient repéré chez eux des troubles des conduites et de l'opposition. Cette étude longitudinale se déployant sur une année a également permis de faire le constat de la chronicité des symptômes évalués. La première évaluation de leur psychopathologie s'est révélée être le plus fort facteur prédictif de leur psychopathologie à la seconde évaluation, un an plus tard (36).

Parallèlement, aux États-Unis, une étude descriptive transversale a été menée de février à juillet 2002 dans un tout autre contexte socio-politique (43). En effet, au début des années 2000, les États-Unis accueillait un large groupe de mineurs réfugiés non accompagnés originaire du Soudan (44). Ces jeunes avaient eu à fuir, dès leur plus jeune âge, les atrocités d'une guerre dévastatrice. Beaucoup ont perdu leur famille dans des attaques armées ou dans les flammes qui brûlaient leur village. Ayant tenté de trouver refuge en Éthiopie, ils ont à nouveau eu à fuir après en avoir été expulsé *manu militari* par le gouvernement. Arrivés au Kenya, des milliers de jeunes soudanais non accompagnés ont été placés dans le camp de Kakuma où ils vivaient en petit groupe ou en famille d'accueil (44). A la fin de l'année 2000, ces jeunes commencent à arriver sur le territoire américain ; l'étude de Geltman et al. (43) propose d'étudier leur état de santé mentale, environ un an après leur installation dans le pays d'accueil. Dans cette étude, ils proposaient aux 476 mineurs réfugiés soudanais pris en charge par le programme pour les mineurs réfugiés non accompagnés des États-Unis (*US Unaccompanied Refugee Minors Program*) arrivés entre fin 2000 et début 2001 de remplir plusieurs questionnaires (43). En raison de l'étendue nationale de cette étude, le recueil de données n'a pu être réalisé que par les

équipes en charge du quotidien des jeunes, et non par les investigateurs de l'étude directement, ce qui constitue un biais de recueil. Les instruments de mesure utilisés étaient les suivants:

- Une évaluation *ad hoc* du parcours migratoire, de l'exposition aux traumatismes physiques et émotionnels, les conditions de vie antérieures et actuelles, et des informations démographiques.
- *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ): il s'agit d'un auto-questionnaire, présentant des similarités avec la HSCL 37-A. Son objectif est d'évaluer la présence de symptômes de stress post-traumatique. La HTQ a été utilisée dans de nombreuses études avec les populations réfugiées (45). Elle n'est pas validée pour les personnes mineures (42).
- *Child Health Questionnaire* : il s'agit d'un auto-questionnaire évaluant la qualité de vie liée à la santé des enfants âgés de cinq à dix-huit ans. Cet instrument de mesure a été validé en situation multiculturelle. Il mesure le bien-être physique et psycho-social de l'enfant au sens large, à travers plusieurs axes comprenant les fonctions physiques, les douleurs corporelles, la perception générale de l'état de santé, les changements de l'état de santé au cours du temps, les problèmes physiques, comportementaux et émotionnels pouvant affecter les liens sociaux à l'école ou dans certaines activités, l'estime de soi, la santé mentale, le comportement de manière générale, les activités familiales et la cohésion de la famille (43).

Les questionnaires ont été remplis par 304 participants, soit un taux de réponse de 73 %. L'âge moyen des participants était de 17.6 ans et 84% d'entre eux étaient de sexe masculin. La grande majorité (92%) avaient vécu dans le camp de Kakuma et 87% étaient arrivés aux États-Unis depuis plus de 6 mois. L'évaluation des symptômes de stress post-traumatique par l'HTQ rapportaient que 20% des jeunes ayant complété cette échelle (n=241) présentaient des résultats dans la frange diagnostique d'un état de stress post-traumatique et 58% d'entre eux rapportaient avoir fréquemment des pensées récurrentes portant sur l'événement vécu le plus douloureux pour eux. Plus d'un tiers vivaient dans la crainte que cet événement se reproduise (40%), avaient des cauchemars récurrents (38%), se sentaient sur leur garde (37%) ou évitaient les situations (36%) ou les pensées (32%) susceptibles de les ramener à cet événement douloureux. Les résultats de la CHQ sont quant à eux plus surprenants puisque sur les 286 personnes ayant complété cette échelle, 34% évaluaient leur état de santé général comme « très bon », 32% comme « bon » et seulement 3% comme « pauvre ». A l'item les invitant à comparer leur état de santé à leur arrivée aux États-Unis par rapport au moment où ils remplissent le questionnaire,

54% des participants estimaient que leur état de santé était bien meilleur à présent, 17% qu'il était identique, 2% qu'il était en quelque sorte pire et 2% qu'il était bien pire. L'analyse des différentes sous parties de la CHQ a permis de mettre en évidence que les scores moyens pour chacune de ces sous parties étaient significativement plus bas pour les participants présentant des symptômes dans la frange diagnostique d'un état de stress post-traumatique à la HTQ.

Enfin, en 2008 Hodes et al. publient dans leur article « *Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents* » (46) les résultats de leur étude transversale menée à Londres auprès de soixante-dix-huit mineurs non accompagnés demandeurs d'asile âgés de 13 à 18 ans et de trente-cinq enfants réfugiés accompagnés. L'évaluation de l'exposition aux traumatismes et des symptomatologies post-traumatique et dépressive a été réalisée à partir des auto-questionnaires suivants :

- *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ), comme dans l'étude de Geltman et al.
- *Impact of Event Scale* (IES) (47) - version courte: il s'agit d'un auto-questionnaire évaluant les symptômes d'état de stress post-traumatique. Cet instrument de recueil de donnée n'a pas été conçu initialement pour une population mineure. Il est composé de deux sous-parties : la première de 7 items évalue les symptômes d'intrusion et la seconde de 8 items, les symptômes d'évitement.
- *Birleson Depression Self-Rating Scale* (BDSR) (48): il s'agit d'un auto-questionnaire de dix-huit items évaluant les symptômes dépressifs chez les enfants âgés de 8 à 14 ans.

Quand bien même la taille des groupes était déséquilibrée entre le nombre de mineurs non accompagnés demandeurs d'asile et celui des enfants réfugiés accompagnés, les caractéristiques socio-démographiques étaient comparables. Ils constatent que les jeunes non accompagnés avaient fait l'expérience d'un plus grand nombre d'évènements traumatisants. La manifestation de symptômes de stress post-traumatique était également plus importante chez les mineurs non accompagnés de sexe masculin, dont 61,5% étaient évalués à haut risque pour le diagnostic d'état de stress post-traumatique contre 14,3% chez les enfants réfugiés accompagnés de sexe masculin ($p = .005$). Concernant les mineures de sexe féminin, le risque de développer un état de stress post-traumatique était de 73,1% lorsqu'elles étaient non accompagnées et 35,3% lorsqu'elles étaient avec leur parents ($p = .032$). Concernant le risque de développer un trouble dépressif, la différence entre les deux groupes de sexe masculin n'était pas significative : 11,5% des mineurs réfugiés non accompagnés et 5,9% des mineurs réfugiés accompagnés étaient à haut risque. En revanche parmi les jeunes réfugiées de sexe féminin la

différence était significative et les pourcentages de jeunes à haut risque de développer un trouble dépressif étaient respectivement de 23.1% et 52.9% ($p=0.093$). Il nous semble important de noter ici que la BDSR est une échelle conçue initialement pour évaluer une population dont l'âge est compris entre 8 et 14 ans. Or dans cette étude, l'âge moyen des participants était de 17 ans. Cet instrument n'était, en conséquence, peut-être pas adapté à son objet d'étude.

De ces trois études, nous pouvons retenir un risque plus élevé, pour les mineurs non accompagnés, de développer un syndrome d'état de stress post-traumatique ou dépressif que la population générale et que les mineurs ayant fait l'expérience de l'exil accompagné. Nous pouvons également constater qu'ils ont été exposés à un plus grand nombre d'évènements de vie stressants susceptibles de prendre une valeur traumatique singulière. Toutefois, du fait des différences méthodologiques et notamment dans le choix des instruments d'évaluation, ces études ne sont pas comparables et les résultats ne sont pas généralisables.

En 2014, des chercheurs du Département d'Orthopédagogie et du Département d'Étude sur Protection Sociale de l'Université de Ghent en Belgique (Vervliet, Broekaert et Derluyn) s'associent à ceux du Centre d'Étude des Violences et du Stress Traumatique de Norvège. Dans une nouvelle étude transversale (49), ils s'attachent à décrire l'état de santé mentale des mineurs non accompagnés à un temps précoce de leur arrivée dans le pays d'accueil. Ils proposent à 204 mineurs non accompagnés vivant en Norvège et 103 vivant en Belgique de compléter quatre auto-questionnaires : la HSCL 37-A, la SLE dans les deux pays et, concernant l'évaluation du stress post-traumatique, la RATS en Belgique et la HTQ en Norvège. Le critère « temps précoce » est défini dans cette étude par « dans les premières semaines après leur arrivée dans le pays d'accueil », lorsque les sujets se trouvent dans un centre d'accueil pour nouveaux arrivants. Nous pouvons faire la remarque d'un manque de précision dans la définition de ce critère. De hauts scores de prévalence ont été trouvés concernant les symptômes anxieux (38.3% étaient au-dessus du seuil clinique limite), dépressifs (44.1%) et de stress post-traumatique (52.7%). Les résultats concernant l'évaluation des symptômes de stress post-traumatique sont à interpréter avec précaution car les données ont été recueillies à partir d'échelles différentes, malgré des similitudes entre les deux. Les mineurs non accompagnés étaient également hautement exposés aux évènements traumatiques avec un score moyen de 6.41 évènements rapportés à la SLE, dont les plus fréquents étaient la mort d'un être cher, la maltraitance physique et l'expérience « je suis en danger ». Cette étude contraste avec les résultats d'une étude antérieure, suggérant une phase de « lune de miel » (50) à l'arrivée dans

le pays d'accueil et suggère la nécessité du repérage précoce de la souffrance psychique des mineurs non accompagnés.

S'il nous est désormais possible, grâce aux travaux cités précédemment, d'être attentif au risque de développer précocement des symptômes chroniques dépressifs, anxieux, post-traumatiques, force est de constater que nous ne disposons d'aucune donnée précise quant au risque de développer des symptômes psychotiques.

A ce sujet, un article a cependant attiré notre attention par les questionnements épistémologiques et cliniques qu'il amène. Il s'agit de l'article « Transes et construction identitaire chez les mineurs isolés étrangers » (51) d'Agathe Benoit de Cognac et Thierry Baubet. A partir de leur activité de consultation à l'hôpital Avicenne à Bobigny, ils dressent le constat clinique qu'une portion non négligeable de mineurs isolés étrangers présentaient des symptômes de transe et possession. En nous invitant à considérer ces symptômes en tenant compte à la fois la période adolescente, charnière de la construction identitaire, et de la dimension culturelle de l'expression des symptômes, ils détachent les symptômes de transe et possessions du spectre de la dissociation. Au-delà d'un « état modifié de conscience », recouvrant des expériences psychiques très différentes, ils considèrent les symptômes de transe et possession comme « des comportements visant à chercher de l'aide, idiomes de détresse globaux et non locaux, existant dans la plupart des sociétés ». Selon ces auteurs, il s'agit de pouvoir accueillir ces symptômes en tant qu'ils « offriraient, à l'individu dépossédé d'une intention propre, un schéma de comportements culturellement codés lui permettant de légitimer sa souffrance individuelle ». Ainsi, si les premières études questionnaient la manifestation de symptômes tel qu'ils sont décrits dans nos référentiels de classification des maladies, cet article nous amène à envisager le polymorphisme que peuvent revêtir les manifestations de la souffrance psychique individuelle, que nous l'envisagions selon les codes de la culture ou dans la simple description que le sujet peut faire de son vécu.

Cette singularité de l'expression d'une souffrance, Didier Boeno et Sylvie Dutertre Oujdi en ont également témoigné dans leur article « La consultation interculturelle d'évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers » (52). Respectivement médecin généraliste et psychologue à Marseille, ils ont créé « l'Espace Santé Jeunes », une consultation dédiée aux mineurs isolés étrangers. Ils nous interpellent sur les différences de représentations du fonctionnement du corps, et notent une description des éprouvés corporels comme inscrite « dans un rapport au corps dénué de conceptualisation ». Nous objecterons ici, que sans être absente, la conceptualisation peut simplement être différente et générer la « difficulté de

compréhension mutuelle » évoquée. Ce qui nous interpelle, dans le récit qu'ils font de leur expérience clinique, est leur constat qu'une minorité de mineurs isolés étrangers accueillis en consultation présentent une pathologie organique alors que nombreux sont ceux qui présentent des symptômes dépressifs ou psychosomatiques, au premier desquels les douleurs abdominales, les palpitations, le prurit.

Pour finir, il nous semble qu'un dernier point mérite d'être mentionné concernant l'expression des symptômes de souffrance psychique chez les mineurs non accompagnés. Il s'agit de l'influence du cadre socio-politique sur les conditions de possibilité de confier à l'autre sa souffrance. Dans son article « Stress post-traumatique et alliance thérapeutique auprès des mineurs non accompagnés » (53), Sydney Gautier relève un paradoxe entre protection et insécurité sociale, « poussant [les mineurs non accompagnés] à démontrer de façon exemplaire, leur volonté de s'intégrer en réponse à l'injonction sociale qui leur est faite ». Pour elle, la discrétion des symptômes chez certains mineurs non accompagnés serait la conséquence de cette « quête de légitimité sociale », dans le sens où cette dernière « se solde[rait] par l'internalisation de leur détresse, [...] le symptôme [venant] contredire leur effort d'adaptation ».

2.3. Facteurs de risque

Nous avons évoqué précédemment le constat que les mineurs non accompagnés étaient plus à risque que la population générale et que les mineurs réfugiés accompagnés de présenter des symptômes de détresse psychique. Dans cette sous-partie, nous nous intéresserons aux différents facteurs qui ont pu être identifiés comme ayant une influence sur les manifestations psychopathologiques au sein de cette population.

En premier lieu, certaines caractéristiques socio-démographiques ont pu être identifiées chez les mineurs non accompagnés à haut risque de développer une psychopathologie. En effet, des corrélations significatives avec la souffrance psychique ont été retrouvées concernant les facteurs suivants :

- L'âge : plus les mineurs non accompagnés avaient un âge avancé, plus ils présentaient des symptômes anxieux, dépressifs et des troubles du comportement (36) et des symptômes de stress post-traumatique (34,46). Toutefois, l'étude de Vervliet et al. (49) s'attachant à décrire l'état de santé mentale des mineurs non accompagnés à un temps précoce de leur arrivée dans le pays d'accueil, ne retrouve pas de corrélation

significative entre l'âge et la détresse psychique. Ils font l'hypothèse que l'impact de l'âge peut se manifester dans des phases plus tardives de l'installation dans le pays d'accueil. Ils suggèrent que, quel que soit l'âge, l'arrivée dans le pays d'accueil pour les mineurs non accompagnés est une période de grande vulnérabilité psychique.

- Le sexe féminin : chez les mineurs non accompagnés, plusieurs études ont retrouvé que les filles présentaient d'avantage de symptômes anxieux, émotionnels, dépressifs et de stress post-traumatique que les garçons (34,46).
- Le pays d'origine : dans leur étude longitudinale, Bean et al. (36) ont mis en évidence que les jeunes originaires d'Érythrée, de Guinée et d'Éthiopie présentaient davantage de symptômes anxieux, dépressifs et de troubles du comportement que ceux originaires d'autres pays.

Cependant, il s'agit de questionner ici la pertinence de ces liens de corrélation entre variables socio-démographiques et souffrance psychique quand un autre facteur pourrait avoir davantage de sens : l'exposition répétée aux événements de vie stressants voire traumatiques. Plusieurs études des études citées précédemment ont pu mettre en évidence que les mineurs non accompagnés avaient été exposés à un plus grand nombre d'événements de vie stressants ou traumatisants (34,36,49) et que ce nombre était corrélé au risque de développer des symptômes de stress post-traumatique, dépressifs et anxieux (34–36,41,46,49,54). A la lumière de ces résultats, certains auteurs formulent des hypothèses concernant le lien entre données socio-démographiques et souffrance psychique :

- L'âge : les mineurs non accompagnés plus âgés présenteraient davantage de symptômes car ils auraient pu vivre davantage d'événements potentiellement traumatiques le temps de leur vie (34). Ou encore les mineurs non accompagnés les plus jeunes se montreraient plus résilients (34).
- Le sexe féminin : Derluyn et al. (41) rapportent que les mineures non accompagnées ont vécu d'avantage d'événements de vie traumatiques que ceux de sexe masculin. A trajet migratoire similaire, ils les supposent plus sujettes aux abus sexuels, aux viols et à la prostitution (35). La nuance apportée par Huemer et al. (55) nous semble ici importante :

nous pourrions avoir à faire à un biais de sélection du fait du déséquilibre entre le nombre de sujets de sexe féminin et de sexe masculin.

- Le pays d'origine : une hypothèse que nous pourrions formuler ici serait qu'il s'agit davantage du contexte socio-politico-économique du pays d'origine que du pays en lui-même. Auquel cas ce facteur serait fonction des mouvements géopolitiques et le fait d'être guinéen, érythréen ou ivoirien ne serait pas un facteur de risque en soi de développer des troubles psychiatriques.

Un évènement, parfois vécu comme traumatisant, a été particulièrement étudié : la séparation avec la famille. Dans leur article « *Mental Health problems in separated refugee adolescents* »(41), Derluyn et al. publient les résultats d'une étude menée auprès de 1294 adolescents réfugiés âgés de 11 à 18 ans, évaluant leur état de santé mentale par la passation de trois auto-questionnaires (HSCL 37-A, RATS, SLE) sur le temps scolaire. Ils montrent que les adolescents réfugiés séparés de leurs deux parents ont fait l'expérience d'un plus grand nombre d'évènements traumatiques comparés à ceux qui étaient accompagnés. Ils ont également mis en évidence que les adolescents réfugiés vivant uniquement avec leur mère faisaient plus d'expériences traumatiques que ceux vivant avec deux parents. Et malgré une exposition plus importante aux évènements traumatisants, les adolescents réfugiés vivant avec leur mère ont moins de problèmes de santé mentale que ceux qui vivent juste avec leur père. Cette étude ne nous permet pas de conclure sur le fait que les expériences traumatiques vécues par les jeunes réfugiés précèdent, accompagnent ou sont une conséquence de la séparation avec les parents. Cependant, elle souligne l'importance de la disponibilité et de la présence des parents auprès des adolescents qui ont à se confronter à l'expérience de la migration. Et si deux autres études comparatives (34,46) parviennent aux mêmes conclusions, l'étude transversale de Vervliet et al. (49), quant à elle, ne retrouve pas de corrélation significative entre la séparation avec les parents et l'exposition aux évènements traumatiques ou le risque de développer un trouble psychiatrique à un temps précoce après l'arrivée dans le pays d'accueil. Ils suggèrent que les effets de la séparation pourraient se révéler à une phase plus tardive de l'installation dans le pays d'accueil.

Ceci nous amène au dernier point qu'il nous semble capital d'étudier dans cette sous-partie : les facteurs de risque de développer des troubles psychiques, liés aux conditions de vie dans le

pays d'accueil. Si les enjeux de la perte du monde familial et les nouages du tissage forcené d'un nouveau monde commun au sein du pays d'accueil sont bien difficiles à approcher en dehors de la relation singulière, certains auteurs ont choisi d'étudier quelques paramètres socio-administratifs. Dans une revue de la littérature sur la santé mentale des enfants réfugiés datant de 2002, Fazel et Stein nous invitait à envisager l'installation dans le pays d'accueil comme une période de « trauma secondaire » (56). Au-delà des modifications identitaires pouvant amener l'enfant à incarner au plus près le rôle d'un adulte, ils repèrent plusieurs facteurs de risque de développer un trouble psychique : le nombre de transitions, la pauvreté, le temps écoulé pour que le statut migratoire soit défini, l'isolation culturelle, le temps passé en camp de réfugié, le temps écoulé depuis l'arrivée dans le pays d'accueil.

En 2005, une étude se pose ces questions plus spécifiquement chez les enfants réfugiés isolés. Aux Pays-Bas, Reijneveld, Bean et Korfker ont étudié les effets du changement de politique d'accueil et d'hébergement de 2002 sur l'expression de symptômes dépressifs, anxieux et de stress post-traumatique chez les mineurs non accompagnés (57). Avant 2002, les mineurs non accompagnés qui arrivaient aux Pays-Bas était accueillis de la même manière que les adultes demandeurs d'asile, dans des centres d'hébergement au cadre souple, leur permettant de quitter le lieu d'hébergement en journée, ou éventuellement d'y accueillir des invités. Même si l'encadrement par des adultes était moindre, les mineurs non accompagnés avaient accès dans ces centres à des cours de néerlandais ainsi qu'au système éducatif dans une plus grande proximité avec la société néerlandaise. Après 2002, tous les adolescents non accompagnés demandeurs d'asile de plus de quinze ans ont été placés dans un centre spécifique pour mineur à leur arrivée aux Pays-Bas. Dans ce centre au quotidien « hautement structuré » par la présence constante d'adultes, mettant l'accent sur l'éventualité du retour dans le pays d'origine, les possibilités de circuler hors du centre sont limitées et celle d'apprendre la langue néerlandaise, inexistantes. Dans cette étude les mineurs non accompagnés des deux centres (n=53 pour le premier et n= 69 pour le second) ont complété deux auto-questionnaires (HSCL37-A et RATS) et vingt jeunes résidant dans le centre spécifique pour mineurs ont passé un entretien semi-structuré portant sur leur sentiment de sécurité au sein de la structure. Les investigateurs ont également relevé les incidents déclarés dans chacun des deux centres (rixes, émeutes...). Au terme de cette recherche, ils ont pu mettre en évidence le fait que les mineurs non accompagnés vivant dans le centre spécifique pour mineurs au cadre plus restrictif présentaient une symptomatologie anxieuse significativement plus élevée que ceux vivant dans le centre au cadre plus souple (p=0.008). Aucune corrélation n'a pu être mise en évidence avec les symptômes de stress post-traumatique. Un plus grand nombre d'incidents dans le centre au cadre restrictif était

associé dans les entretiens semi-structurés à un sentiment d'angoisse et de détresse. Même si cette étude présente des limites, notamment dans la taille de l'échantillon de population, elle nous invite à prendre en considération les effets d'une politique d'accueil restrictive et privative sur la souffrance psychique de ces jeunes. En France, Laure Woestlandt et Rahmethnissah Radjack nous interpellent plus précisément sur les effets du climat de suspicion entourant notre prise en charge sociale des mineurs non accompagnés s'enracinant dans les logiques contradictoires de la politique migratoire et du respect des droits de l'enfant (2,58).

En 2007, Bean et al. établissent plusieurs liens de corrélations significatifs entre les conditions de vie des mineurs non accompagnés au Pays-Bas et leur symptomatologie (36). Selon leurs résultats, les mineurs ayant été transférés de centre d'hébergement avaient des scores significativement plus élevés sur les symptômes anxieux, dépressifs et de stress post-traumatique que ceux qui étaient restés dans le même établissement. De même que ceux qui vivaient dans des centres d'hébergement de grande capacité d'accueil numérique comparé à ceux qui vivaient en petits groupes. Et enfin, ceux qui n'avaient pas obtenu de statut de résidence temporaire à un an présentaient davantage de symptômes anxiodépressifs. Dans leur revue systématique de la littérature menée en 2011, Bronstein et Montgomery relevaient que le manque de soutien personnel et institutionnel était également lié à l'expression de symptômes anxieux et dépressifs (42).

En 2014, Vervliet et al. ont mesuré l'impact des facteurs de stress du quotidien en créant un auto-questionnaire : le *Daily Stressors Scale for Young Refugee* (DSSYR) (54). Ce dernier évalue l'impact du stress social (difficultés à se faire des amis, conflit avec les pairs...), le stress matériel (hébergement inadapté, soins médicaux insuffisants, absence de ressources alimentaires, vestimentaires, financières...), la discrimination subie et d'autres facteurs de stress en lien avec la situation particulière des mineurs non accompagnés (sentiment d'insécurité, d'incertitude, inquiétudes concernant la famille, les papiers...) à l'arrivée en Belgique, à 6 mois et à 18 mois. Bien que ce questionnaire n'était pas validé au moment de l'étude, les résultats montrent que les mineurs non accompagnés présentant une forte exposition aux facteurs de stress du quotidien sont plus à risque de développer une psychopathologie dépressive, anxieuse ou post-traumatique.

Il nous semble que l'étude des facteurs de risque post-migratoires de développer une psychopathologie sont essentiels aux acteurs du soin, à la fois dans l'appréhension de la problématique singulière de la personne mais aussi dans la création d'un cadre de soin adapté à la réalité des conditions de vie des mineurs non accompagnés.

2.4. Facteurs protecteurs

Comme nous venons de le voir, de nombreux facteurs pré-, per- et post-migratoires peuvent venir constituer le terreau à partir duquel une psychopathologie peut émerger chez les mineurs non accompagnés. Ce que nous connaissons moins en revanche, ce sont les moyens qu'ont ces jeunes de se protéger des effets des multiples séparations, ruptures et pertes qu'ils ont eu à affronter. A ce sujet, la littérature scientifique, se fait plus silencieuse et nous disposons de données limitées. Privés de la protection et du soutien des figures parentales, les mineurs non accompagnés constituent un groupe plus vulnérable à la survenue de symptômes de détresse psychique (12).

Si les auteurs se prononcent souvent, au terme de leurs études de prévalence, sur ce qui leur semble important de renforcer dans l'accompagnement et les soins de ces jeunes pour prévenir l'apparition de symptômes, peu d'études ont analysé les effets de ces recommandations sur leur santé psychique (59). Les chercheurs accordent généralement leurs hypothèses sur les facteurs protecteurs suivants:

- la stabilisation des conditions de vie : cela passe par un hébergement stable, en foyer ou en famille d'accueil, avec des intervenants repérés, disponibles et attentifs aux besoins singuliers du jeune. Faire l'expérience d'un lien de confiance durable est l'enjeu principal de cet axe (36,43,46,58,59).
- la scolarisation : à la fois dans sa dimension de lieu d'apprentissage, de lieu de socialisation, mais aussi dans sa fonction de structuration d'un quotidien fiable, qui se répète (46,58,59).
- orientation précoce vers des soins psychiques adaptés dès la manifestation des premiers symptômes ou la verbalisation d'une souffrance (46,49,59).
- la stabilité générale de l'accompagnement social, éducatif, psychologique et médical dans le temps (36,43,46,58,59).
- l'adaptation du projet éducatif et de soin à la singularité de la problématique du jeune (59).

En 2004, Janice Goodman mène une étude qualitative auprès de mineurs non accompagnés originaires du sud du Soudan, dans le but d'explorer la manière avec laquelle ils font face aux événements traumatiques et aux épreuves de leur vie (60). Plus spécifiquement, elle souhaite identifier les stratégies d'adaptation mises en place par ces jeunes et en examiner l'efficacité.

Pour cela, elle interroge quatorze mineurs non accompagnés soudanais de 16 à 18 ans, appartenant à la tribu Dinka et installés aux États-Unis depuis six mois à un an. Dans une démarche descriptive et comparative, elle analyse les récits en fonction de leur contenu, thème et structure. Les entretiens ayant eu lieu en langue anglaise, un assistant de recherche soudanais était chargé de vérifier les interprétations et analyses faites par l'auteur, dans le but de lever les malentendus liés au langage et à la culture. La consigne donnée aux jeunes était de raconter leur histoire, avec leurs propres mots, en la structurant par un début, un milieu et une fin. L'auteure note que chacun des participants a débuté son histoire de vie sur un point de rupture, par l'effraction d'une attaque de leur village ou par la nécessité imminente de fuir leur foyer. Elle fait également la remarque que l'ensemble des participants ont produit leur récit à partir de la première personne du pluriel, appuyant leur discours sur le socle du groupe. De l'analyse des récits, elle dégage quatre thèmes reflétant les stratégies d'adaptation des participants :

- le « soi collectif » : les participants rapportent un fort sentiment d'appartenance groupale, allant jusqu'à faire le récit de leur vie par la voix du groupe. « Ce qui arrive, n'arrive pas à moi seul » : ce sentiment d'une expérience partagée est mis en avant comme ayant eu une influence majeure sur leur survie. Ils rapportent également un sentiment, que l'on pourrait qualifier de « moral », de responsabilité vis-à-vis d'autrui, qui laisse supposer que l'autre tient une importance capitale dans le mouvement de survie. Enfin, certains faisaient exister pour eux le « groupe » perdu, celui de leur famille : « Si Dieu le veut, je serai en vie et ma famille ne sera pas totalement perdue. Je serai ma propre famille. »

- la suppression et la distraction : ces deux stratégies pourraient se résumer à cet axiome énoncé par un jeune : « penser beaucoup te donnera du soucis ». Ces stratégies sont parmi les plus utilisées chez les participants, qui décrivent leurs tentatives de s'occuper l'esprit pour tenter de mettre à distance les pensées et émotions insupportables contre lesquelles ils se trouvent démunis. La structure même du récit reflète ces tentatives de faire disparaître toute trace d'émotion, quand ils racontent avec détachement, les détails terrifiants des épreuves qu'ils ont subies. Devant un danger mortel imminent, cette stratégie d'adaptation peut permettre la survie et la persévérance face à l'adversité. Sur le long terme, il est permis de supposer qu'elle puisse mener au repli, au détachement de la vie quotidienne, et à l'émoussement affectif. De plus, de nombreux participants

rapportaient l'intrusion récurrente de pensées portant sur leur passé, les empêchant de vivre correctement la journée et de dormir la nuit.

- la production de sens : la majorité des participants interprétaient leurs expériences en fonction d'un système de croyance supposant la volonté divine (« si Dieu le veut, peut-être que je serai en vie») ou l'accomplissement d'une tâche, d'un destin.
- faire jaillir l'espoir du désespérant : Le sentiment de désespoir était souvent lié, dans le récit, à la vie en camp de réfugiés. Ils la décrivaient comme un moment de vie empêché, avec un sentiment de « vide existentiel », ou bien que leur vie était insignifiante, finalement, la sensation « d'être comme mort ». L'espoir quant à lui, venait se loger dans la grande valeur qu'ils accordaient à l'éducation. Goodman l'interprète de la sorte : « pour ces jeunes qui avaient tant perdu, la connaissance était vue comme la seule chose que personne ne pourrait jamais leur enlever ». Dans leur récit, éducation était synonyme d'accomplissement et d'indépendance.

Bien que cette étude nous apporte des pistes de réflexion sur la façon dont les mineurs non accompagnés protègent leur psychisme des épreuves de la vie, elle présente des limites méthodologiques ainsi qu'un biais de sélection. Hodes et al. mettent en avant la nécessité de poursuivre l'étude des facteurs protecteurs chez les mineurs non accompagnés, notamment par des études longitudinales évaluant les effets de la stabilité familiale avant l'exil, de l'investissement scolaire dans le pays d'origine, des représentations de ce qui constitue une « épreuve de la vie », du soutien d'un groupe partageant la langue ou la culture du jeune dans le pays d'accueil, du réseau social dans le pays d'accueil (46).

En l'état actuel des connaissances, nous pouvons tenter de réduire les risques de développer une psychopathologie chez les mineurs non accompagnés, en basant nos accompagnements et soins sur les trois points suivants : favoriser la stabilité du cadre, créer les conditions de possibilités de l'établissement d'un lien de confiance et permettre aux jeunes une meilleure lisibilité sur leur avenir dans la construction des projets.

2.5. Outils psychothérapeutiques

Si le développement du paragraphe précédent met en lumière les stratégies d'adaptation, la capacité de résilience et d'investissement des mineurs non accompagnés, il nous semble nécessaire de débiter cette partie en insistant sur la nécessité de les prendre en compte dans la création du cadre thérapeutique. Nier le désir chez le sujet serait s'amputer de la possibilité de la rencontre. Ainsi, selon Eide et Hjern, si nous souhaitons réfléchir à la manière dont nous comptons nous occuper de ces jeunes, il faut avant tout comprendre la vision qu'ils ont de ce qu'ils souhaitent accomplir (59). Ils avancent que « la clé pour éveiller les compétences de l'enfant serait d'identifier et de créer les facteurs protecteurs à la fois chez l'enfant et dans l'environnement. Ces facteurs comprennent les stratégies d'adaptation efficaces et la construction, consolidation et stabilisation des soins psychosociaux et de l'environnement scolaire ». Toutefois, aussi sages que semblent ces paroles, une question reste brûlante : comment parvenir à un tel résultat ? Existe-t-il une méthode ? Quels sont les obstacles qui peuvent se dresser sur le chemin de la rencontre et comment les surmonter ? Telles sont les interrogations auxquelles nous tenterons d'apporter quelques éléments de réponse.

2.5.1. Représentation et demande de soins psychiques

Les conditions de possibilité d'une rencontre résident en partie dans l'évènement de la mise en présence de deux sujets. Or, il arrive parfois que cette condition ne soit pas remplie et ce, pour plusieurs raisons. Concernant notre sujet d'étude, l'une des raisons pour laquelle la rencontre entre le soignant en psychiatrie et le mineur non accompagné puisse être empêchée, pourrait résider dans les représentations des soins psychiques que peuvent avoir ces derniers. Une étude qualitative publiée en 2015 par Majunder et al. s'attache précisément à décrire les représentations et la perception que les mineurs non accompagnés ont de la santé mentale et des services de psychiatrie au Royaume-Uni (61). L'analyse thématique des entretiens semi-structurés menés auprès de quinze mineurs non accompagnés pris en charge en psychiatrie, a permis de dégager et expliciter les quatre thèmes suivants :

- description de la santé mentale : les définitions de la santé mentale et des symptômes étaient variables. Cependant les termes employés pour tenter de les décrire étaient, selon les auteurs, connotés péjorativement (« les fous ») voire étaient excluants (« ces gens-là »).

- santé mentale et demande d'asile : dans cette étude, il semblerait que la situation administrative ait cristallisé différents sentiments comme la solitude, l'inquiétude, la tristesse, notamment concernant la famille parfois restée au pays ou sur le chemin de l'exil.
- expérience des services de soins psychiatriques : les mineurs non accompagnés verbalisaient de la méfiance à l'égard des services de soins psychiatriques. Nous pouvons entendre cela comme une impossibilité de s'y sentir en sécurité. Toutefois, cette supposition reste à modérer par le fait que beaucoup n'ont jamais fait l'expérience de soins en psychiatrie dans leur pays soit parce qu'ils ne présentaient aucun trouble, soit parce que les services de soins psychiatriques dans le pays d'origine étaient limités voire inexistant.
- opinion sur le traitement : le principal outil thérapeutique employé dans cette étude était la psychothérapie. Les médicaments n'étaient utilisés que si la psychothérapie s'était révélée insuffisante à apaiser les symptômes. Les représentations de la psychothérapie étaient très variées : certains y voyaient un intérêt quand d'autres avaient le sentiment de s'enfermer dans le passé voire de refaire l'expérience du traumatisme.

Ainsi, comprendre le point de vue des mineurs non accompagnés sur les soins psychiatriques apparaît comme un point essentiel à l'adaptation de ceux-ci à leurs besoins spécifiques.

D'autre part, dans leur étude transversale auprès des mineurs non accompagnés soudanais, Geltman et al. comparent le recours aux soins spécialisés de psychiatrie et aux soins médicaux généraux en fonction de l'expression symptomatique (44). Ils mettent en évidence que 76% d'entre eux sont en demande de soins concernant des plaintes somatiques souvent associées à des problématiques comportementales ou émotionnelles (céphalées, douleurs abdominales, troubles du transit, énurésie, cauchemars, troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement, etc.). Le fait d'avoir déjà consulté un psychologue ou un psychiatre n'a pas montré d'impact positif ou négatif sur la symptomatologie évaluée par la CHQ et la HTQ. Les mineurs non accompagnés qui présentaient un syndrome de stress post-traumatique n'avaient pas rencontré davantage le psychiatre ou le psychologue que ceux qui n'en présentaient pas. En revanche, les premiers avaient consulté davantage de praticiens médicaux de manière générale que les derniers, avec un motif de consultation souvent associé à des problématiques comportementales ou émotionnelles. Enfin, ceux qui étaient en demande de soins concernant des plaintes somatiques avaient rencontré trois fois plus de professionnels de santé de manière générale pour des plaintes souvent associées à des problématiques

comportementales ou émotionnelles, mais n'avaient pas davantage rencontré de psychiatre ou psychologue. Présentés ainsi, ces résultats ne nous permettent pas de nous prononcer sur le sens de ces consultations médicales. Cependant, les auteurs font la remarque que l'exploration somatique de certaines plaintes ne retrouvaient aucune cause physique ou infectieuse. Ceci permet de formuler l'hypothèse que ces symptômes pourraient être de nature psychosomatique. Auquel cas, la quête de soins de ces jeunes doit nous amener à nous questionner sur notre capacité à entendre leur souffrance, à identifier leurs besoins spécifiques et à y apporter une réponse adaptée.

2.5.2. Relation de soin

Si les représentations qu'ont les mineurs non accompagnés des soins psychiatriques peuvent constituer un frein à la rencontre, il ne faut pas négliger, d'autre part, les effets des représentations des soignants dans la prise en charge de ces jeunes.

Plusieurs études se sont intéressées à la perception qu'avaient les soignants et accompagnants de la souffrance psychique des mineurs non accompagnés. En 2007, Bean et al. attiraient notre attention sur le fait que les tuteurs et les enseignants ne percevaient pas l'intensité de la souffrance psychique des mineurs non accompagnés, bien qu'ils soient majoritairement au fait du type général de psychopathologie dont les mineurs font l'expérience (36). Ils formulent plusieurs hypothèses concernant l'écart de perception de la détresse psychique entre les jeunes et leurs accompagnants. Premièrement, il peut exister des différences entre adultes et adolescents sur la manière d'interpréter la question posée. Deuxièmement, il est possible que les adultes n'aient pas suffisamment pris conscience des difficultés du jeune. Et enfin, il se peut que le seuil à partir duquel un événement ou un symptôme est perçu comme un « problème » puisse varier entre le jeune et son accompagnant. Dans un autre article, ces mêmes auteurs montraient que les tuteurs et enseignants ne détectaient la détresse émotionnelle et le besoin de soins psychiques que chez 30% des mineurs non accompagnés (62). Parmi les mineurs non accompagnés, 48.7% rapportaient que leurs besoins de soins psychiques n'étaient pas pris en compte. Aussi, l'orientation des mineurs non accompagnés vers les services de soins psychiques semblaient être davantage guidée par la perception de la souffrance psychique des mineurs non accompagnés par leurs accompagnants que par leurs réels besoins de soins. Mais alors, comment comprendre l'existence d'un tel décalage entre la perception qu'ont les accompagnants de la santé mentale des mineurs non accompagnés et la détresse psychique

vécue par ces derniers ? Et dans la mesure où cet écart a des répercussions sur l'accès aux soins, comment y remédier ?

En Seine Saint-Denis, une étude qualitative s'intéressant au discours des éducateurs sur leurs difficultés dans la construction du projet éducatif et l'impact de l'utilisation de la clinique transculturelle sur leur pratique a été menée entre 2012 et 2015 (63). Les mineurs non accompagnés participaient à une recherche action en trois temps, basée sur la clinique transculturelle, et étaient, chaque fois, accompagnés de leur éducateur. Les éducateurs participaient ensuite à des entretiens semi-directifs qui étaient analysés par la méthode *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA). Six catégories pertinentes ont pu être dégagées dans le discours des éducateurs :

- les difficultés liées aux enjeux du projet éducatif :
 - o sentiment d'isolement lié au paradoxe des logiques administratives, migratoires et de protection de l'enfance, nouant un véritable enjeu éthique
 - o sentiment de lourde responsabilité du fait que le succès du projet dépende en grande partie de leur propre énergie à le mettre en œuvre
 - o assujettissement de la temporalité éducative à la temporalité de l'urgence administrative créant des projets éducatifs dont le jeune peut difficilement se saisir dans sa temporalité subjective

- les difficultés liées à la rencontre de cultures différentes :
 - o la barrière de la langue
 - o réponse des éducateurs prises dans des injonctions politiques propres à notre société avec ses exigences « d'intégration » et « d'adaptation » républicaines, prenant généralement le sens d'une assimilation attendue de la part du jeune. Ces injonctions peuvent amener à un effacement des différences intersubjectives par une uniformisation des propositions faites à ces jeunes qui constituent pourtant un groupe hétérogène
 - o les contre-attitudes pouvant être générées par la confrontation de l'éducateur à son propre rapport à l'altérité dans la confrontation à une autre culture

- une mise en tension de la professionnalité : la logique du soupçon ambiante, entourant la venue de ces jeunes, a pu amener les éducateurs à être déstabilisés dans leurs compétences, voire à prendre un positionnement distancié.

- la nécessité d'une formation spécifique : actuellement l'accompagnement éducatif se construit par l'expérience, au contact des jeunes. Les éducateurs ont pu verbaliser leur besoin de clés de compréhension pour améliorer leur cadre de travail.
- le vécu de la recherche : cette recherche a permis aux éducateurs d'enclencher un mouvement d'identification au jeune et sur la base de cette expérience partagée de pouvoir accéder à un autre récit, coloré des affects de chacun. L'apport de la médiation culturelle a permis aux éducateurs de déjouer quelques malentendus culturels.
- les effets de la recherche : pour les éducateurs, elle leur a permis de modifier leurs représentations du jeune, et de construire un projet plus souple, en lien avec le désir du jeune.

Au terme de ce paragraphe, il nous semble qu'un des préalables à toute rencontre avec les mineurs non accompagnés pour le soignant en psychiatrie serait de s'extraire de cette « logique du soupçon ». Celle-ci, distillée dans nos institutions françaises par le paradoxe ambiant de devoir prendre en charge « l'enfant » comme « migrant » avant tout, constitue un obstacle majeur à la rencontre. Il nous semble qu'il revient au soignant en psychiatrie de considérer l'existence de ce paradoxe, afin de pouvoir prendre position dans la rencontre du côté du sujet et non de l'entité socio-administrativo-politique « mineur non accompagné ». Ceci nous semble être une condition *sine qua non* de la construction d'une relation de confiance.

2.5.3. L'interprétariat

Si les obstacles aux soins énoncés précédemment ont pu être identifiés, compris, dépassés et qu'une consultation pour des soins psychiques a lieu, il est capital que les protagonistes de cette rencontre puissent communiquer. Plusieurs auteurs insistent sur l'importance de l'intervention des interprètes-médiateurs professionnels dans les dispositifs de consultation quels qu'ils soient (51–53,63). Claire Mestre, psychiatre et anthropologue au CHU de Bordeaux, dresse le portrait de ce métier aussi exigeant qu'indispensable dans son article « L'interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité » (64). A partir de son

expérience en tant qu'analyste des pratiques auprès des interprètes de l'association Mana, elle dégage différents enjeux de la traduction dans la construction de ce « dialogue » singulier entre le sujet, le soignant et l'interprète. Selon elle, « traduire ce n'est pas que traduire des mots, c'est aussi faire passer des concepts, des contextes. Traduire ce n'est pas que faire des passages d'un lieu à un autre, mais c'est transformer, et ainsi construire à plusieurs un sens partagé, co-construire ». Pour le patient, c'est créer les conditions de possibilité de dire, de se raconter, dans sa langue maternelle, « désormais reconnue comme étant nouée à l'affect ». Pour le psychiatre, travailler avec un interprète c'est se rendre disponible à la relation, tout en acceptant la perte de sens, la perte de pouvoir que l'introduction d'un tiers suppose. L'interprète, en tant que tiers, modifie la relation et ne peut être envisagé comme un instrument neutre, un objet à la disposition du soignant. Comprendre l'influence que peut avoir l'interprète (par son histoire personnelle, son parcours migratoire, la qualité de son lien avec le patient, le contexte...) sur la traduction, c'est se donner les moyens de dépasser le doute que la traduction ait été bien faite et de travailler les « contraintes du contexte ». L'interprète nous apparaît alors comme un acteur à part entière de la construction d'un monde commun. Claire Mestre nous rappelle que « la traduction peut désamorcer la violence ». Il nous semble alors essentiel de permettre aux mineurs non accompagnés de pouvoir lutter contre les effets d'une éventuelle violence institutionnelle, née de paradoxes administratifs, en se racontant comme sujet de sa propre histoire, à un autre capable d'en accueillir le récit.

2.6. Le cadre de soin

Dans cette sous-partie, nous ne saurions donner de « conduite à tenir » dans la construction d'un cadre de soin spécifiquement adapté aux mineurs non accompagnés. Nous pensons en effet que la pluralité des dispositifs de soins offre à l'individu la possibilité de prendre position en fonction de sa problématique singulière. Toutefois, il nous semble que certains points peuvent guider notre manière d'aborder la question du cadre en pratique.

En premier lieu, plusieurs études, décrites dans les paragraphes précédents, ont mis en évidence la manifestation des symptômes dépressifs, anxieux et post-traumatiques à un temps précoce de l'arrivée dans le pays d'accueil ainsi que leur nature chronique (36,49,54). De cet enseignement, nous pourrions dégager trois axes pour la construction d'un cadre de soin : la réactivité du dispositif, la disponibilité des soignants dans le travail d'accueil et leur engagement dans le temps de la prise en charge.

Deuxièmement, nous avons pu évoquer la complexité de la plainte verbalisée par ces jeunes et le polymorphisme des symptômes présentés pouvant mener à des difficultés de repérage et d'adressage de ces jeunes concernant leur besoins de soins psychiques (61,62). Aussi, un travail en réseau incluant les services sociaux-éducatifs, les services de médecine somatique et les services psychiatriques nous semble intéressant à cultiver, en veillant à ce que ces espaces puissent être différenciés et permettent au sujet de circuler d'un espace à l'autre sans être assujetti à une institution omnisciente (65).

Enfin, une récente revue de la littérature portant sur les différents types de psychothérapie mises en œuvre auprès des mineurs non accompagnés faisait état du fait que, même si l'ensemble des auteurs étudiés rapportaient une diminution des symptômes et une amélioration du bien-être de leurs jeunes patients, aucune psychothérapie n'avait prouvé une efficacité supérieure par rapport à l'autre (66). Et si nous ne pouvons définir quel type de modèle psychopathologique (approches systémique, transculturelle, d'inspiration psychanalytique, narrative ou encore cognitivo-comportementale), quelle modalité de rencontre (groupale ou individuelle), quels outils (approches médiatisées (67)) offrent la prise en charge la plus efficace, les auteurs s'accordent sur ce qu'ils visent à travers les soins (66). Il s'agit avant tout dans la prise en charge des mineurs non accompagnés de créer un lieu sécurisé à partir duquel la temporalité subjective va pouvoir se déployer dans la construction d'un récit de soi, pierre angulaire de la construction identitaire (51,53,58,66,67). Demazure et al. concluent sur l'hypothèse qu'il est tout à fait probable que ce soit la relation soignant-soigné qui soigne et non le type de thérapie choisie.

Pour conclure, la réflexion sur le cadre de soin reste ouverte. Rappelons qu'il relève de la responsabilité de « l'environnement soignant » de tenir « les conditions de possibilité de l'espace de subjectivation qu'il prétend offrir et dont le patient se saisira ou non » (68).

2.7. Adolescence

Selon l'OMS, « l'adolescence est une période de préparation à l'âge adulte au cours de laquelle ont lieu des étapes clés du développement. En dehors de la maturation physique et sexuelle, il s'agit par exemple de l'acquisition de l'indépendance sociale et économique, du développement de l'identité, de l'acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte et établir des relations d'adulte, et de la capacité de raisonnement abstrait » (69). Ce passage d'une place d'enfant à une place d'adulte est une alchimie complexe procédant de

phases d'identification plurielles et parfois contradictoires, nécessitant un appui sur un socle narcissique solide, qui permettra au sujet de façonner son identité et par là même, sa place dans le monde qu'il perçoit (51). Ces phases d'identification nécessitent un rapport à un autre connu (figures parentales, fratrie, amis, professeurs, etc.), base stable à partir duquel le sujet va pouvoir faire ses propres expériences. Dans le cas des mineurs non accompagnés, de nombreux bouleversements peuvent venir contrarier ce processus dynamique, à commencer par la séparation avec les parents parfois vécue comme un arrachement soudain (51). De plus, il nous semble que le procédé d'évaluation de l'âge à l'arrivée en France, place le jeune dans un processus inverse à l'adolescence : il est réduit à ne se réclamer que d'une identité pour pouvoir exister : celle, reconnue administrativement, de « mineur non accompagné ».

D'autre part, les mineurs non accompagnés forment un groupe très hétérogène, dont les conceptions de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte peuvent différer. Les représentations culturelles et les situations économiques peuvent amener à des situations très différentes pour des profils d'âge similaires. Quand l'un est considéré comme un adulte en âge de travailler dès cinq ans du fait de sa situation économique, un autre peut tout à fait avoir à attendre le jour de son mariage pour effectuer ce passage (58). En outre, les événements de vie auxquels ont été confrontés ces jeunes et leur manière d'y faire face peuvent amener à des positionnements très différents à l'arrivée dans le pays d'accueil allant de la régression à « l'adultification » du jeune (58).

Enfin, nous ne saurions prendre pleinement en compte les enjeux de l'adolescence si nous ne nous interrogeons pas sur l'impact de la rupture brutale, de l'effraction que peut représenter l'acte migratoire. Certains auteurs l'envisagent sous l'angle de la perte, perte du « cadre culturel et de sa fonction d'étayage » (2,58,70). Pensant une clinique transculturelle, ils considèrent que « le processus de construction identitaire peut se trouver fragiliser par la perte des références culturelles, des figures d'identification qui constituent une enveloppe protectrice indispensable à l'équilibre psychique des individus. [...] S'identifier à la culture d'accueil peut devenir une source d'identifications alternatives et non complémentaire à celle de la culture d'accueil. Le risque de clivage entre la culture du pays et la culture d'accueil reste majeur et met en péril le long et délicat processus de métissage » (2). Ils s'interrogent alors, et nous avec : « comment continuer à être soi et maintenir un sentiment de continuité de soi, de son histoire, comment s'inscrire dans une filiation et laisser place à de nouvelles affiliations? » (2).

2.8. Culture

La pensée d'une psychopathologie spécifiquement liée à l'acte de migration est relativement récente dans l'histoire de la psychiatrie, et l'on voit plusieurs branches se distinguer. L'une d'elles, la clinique transculturelle des psychiatres Marie Rose Moro et Thierry Baubet, hérite de la pensée ethnopsychiatrique de Georges Devereux. On doit à ce dernier d'avoir pensé la nécessité de prendre en considération, dans une situation de rencontre pluriculturelle, le rapport à sa culture de l'analysant, le rapport à sa propre culture de l'analyste et ainsi que des données culturelles concernant la représentation de la maladie, le soin, la guérison. « Ces représentations culturelles sont à la base des représentations concernant la maladie et ses causes. En effet, face au désordre, un processus de recherche des causes et du sens de ce qui se passe se met en route. » (71). Cette démarche compréhensive, du nom de « complémentarisme méthodologique » repose donc sur une prise en considération non simultanée des effets de rencontre entre plusieurs cultures à chaque entretien (51,63,72). La culture est ici envisagée « comme la somme des connaissances et des comportements qui caractérisent une société humaine. Elle permet aux membres de cette société d'appréhender le monde et d'attribuer un sens aux évènements d'une manière homogène, en leur fournissant une grille de lecture transmise de façon implicite à travers des représentations culturelles communes » (71). Dans la pratique psychiatrique, cela donne lieu à l'idée de développer chez les soignants des « compétences culturelles » qui peuvent être définies comme « la capacité d'interagir avec l'autre en tenant compte des aspects liés à son origine culturelle et à la migration » dans ses enjeux pré-, péri- et post-migratoires (51,63). Ces dernières visent à favoriser l'établissement d'une relation de confiance, à mettre en mouvement les représentations des soignants sur le jeune, et inversement, afin d'améliorer l'adaptation des soins ou des accompagnements aux besoins singuliers du jeune.

Des dispositifs plus spécifiques ont pu être mis en place, comme la « consultation transculturelle », créée en 1989 par Marie Rose Moro et développée dans les Maisons des Adolescents depuis 2008 (72). Il s'agit d'un dispositif groupal reposant sur le complémentarisme méthodologique de Devereux et qui répond à deux grands types d'indications. La première concerne « les patients présentent une symptomatologie codée culturellement » comme les cas de transes ou possession et la seconde, « les patients [qui] errent d'un système occidental de soins à un système traditionnel » (73). Ce dispositif offre une place centrale à l'interprète dans son rôle de traducteur mais aussi de médiateur culturel (51,72). La culture est ici envisagée comme « un processus, dynamique et complexe, fortement marqué par

les changements et les métissages » (74). Ces consultations visent à une co-construction avec le patient d'une analyse à triple niveau :

- étiologique, dans le sens où elle explore les significations que le sujet donne aux symptômes qu'il présente ;
- ontologique, dans le sens où elle s'attache à comprendre la manière avec laquelle le sujet perçoit le monde ;
- thérapeutique, dans le sens où elle s'intéresse aux logiques et stratégies thérapeutiques mises en œuvre (72).

D'ordinaire dans ce dispositif, le jeune est reçu avec sa famille (38). Or l'une des particularités des mineurs non accompagnés est que cette rencontre ne peut avoir lieu et par conséquent ils ont moins la possibilité d'élaborer les éléments transgénérationnels et culturels familiaux par manque de transmission. Cela suppose donc une adaptation du cadre et de ses significations. Ce qui est avant tout cherché ici, c'est le déploiement d'un espace où il sera possible pour le sujet de faire « un récit de soi » (19). La prise en charge groupale à plusieurs thérapeutes- thérapeute principal et co-thérapeute- se veut assurer une fonction de contenance et limiter les effets de « contagion du trauma » (38). Radjack et al. précisent ce concept de la sorte : « Entendre l'histoire particulièrement douloureuse d'un jeune expose [...] au risque d'un grand investissement et d'une fascination. [...] Par l'intermédiaire et l'appui d'un groupe de thérapeutes, les effets d'un tel récit sont alors diffractés et si certains éprouvent « un blanc mental », d'autres trouvent des ressources pour élaborer ces mêmes effets » (38). Ce dispositif tend à enclencher un mouvement de décentrage chez les thérapeutes, les amenant à partir des représentations du jeune et non des leurs. Le décentrage vise à éviter le piège ethnocentré de « réduire l'inconnu à du connu » (72). Sturm et al. nous mettent d'ailleurs en garde contre « les cinq écueils de la rencontre interculturelle : l'essentialisation de l'autre, la non-prise en compte de sa trajectoire migratoire, la simplification des processus de changements, l'occultation des stratégies identitaires et l'évacuation des rapports de pouvoir entre groupe. [Ils] participent à un mouvement d'ethnocentration qui ne permet pas la décentration, essentielle à l'accompagnement de patients se référant à d'autres systèmes de sens » (74). Quel que soit le dispositif imaginé, la prise en compte de la dimension transculturelle dans la rencontre ne doit pas mener à une réification de la culture, objet inerte et exotique, placé entre soi et l'autre comme une irréductible différence.

3. Discussion

La mise en regard des enjeux psychopathologiques chez les mineurs non accompagnés et du cadre juridique régissant leur accueil, nous amène à discuter dans cette dernière partie les limites des études évoquées dans ce travail, ainsi que la nécessité de prendre en compte l'incidence du cadre socio-politique sur l'expression symptomatique. Enfin, il nous semble important d'ouvrir des perspectives de recherches à partir des dispositifs de soins existants pour les mineurs non accompagnés sur la ville de Toulouse.

3.1. Limites de la revue de la littérature

Préalablement au développement des points aveugles des différentes études mentionnées dans ce travail, nous rappelons que cette revue de la littérature est narrative, et par conséquent, soumise à un biais de sélection.

3.1.1. Hétérogénéité de la population étudiée

3.1.1.1. Âge

La plupart des données dont nous disposons concernent la phase de l'adolescence chez les mineurs non accompagnés ou recouvrent des tranches d'âge très variées. A notre connaissance, aucune étude ne traite des enjeux spécifiques de santé psychique chez les enfants non accompagnés de moins de douze ans (52,59). En France, ils sont pourtant plus d'une centaine à avoir été reconnus mineurs non accompagnés par le dispositif d'évaluation du conseil départemental.

3.1.1.2. Contexte prémigratoire

Parmi les études quantitatives, beaucoup interrogent des jeunes dont les réalités prémigratoires et migratoires sont très différentes. Le contexte social, économique et politique du pays d'origine peut avoir une incidence sur la vie familiale, le développement du lien social, l'exposition aux traumatismes, notamment dans leurs natures et leurs fréquences. De plus,

l'histoire et la structure familiales sont souvent occultées dans les données recueillies. Des études supplémentaires s'attachant à spécifier ces différents facteurs de risque potentiels de développer des troubles psychiques seraient nécessaires. Quant aux études qualitatives, elles prennent effectivement en compte ce pan de l'histoire de l'individu, dans une démarche compréhensive, mais elles ne permettent pas de généraliser les résultats (41,42,66).

3.1.1.3. Trajet migratoire

L'acte de migrer peut résulter d'un choix du jeune, tout comme il peut être le résultat d'un acte de survie. Quelle qu'en soit la nature, cet acte implique le renoncement au familier du quotidien. Toutefois, de nombreux facteurs peuvent influencer le déroulé du trajet migratoire : l'accompagnement et la protection d'un adulte, les moyens de transports pour arriver jusqu'au pays d'accueil, l'exposition à la traite des êtres humains, les conditions « transactionnelles » des passeurs. Dans leur revue systématique de la littérature, Bronstein et al. insistent sur la nécessité « d'une plus grande précision contextuelle [...] » parmi les études analysées (42).

3.1.1.4. Culture

Si les études qualitatives menées en France s'attachent particulièrement à la prise en compte de la culture du participant, ainsi qu'à l'expression du sujet dans sa langue maternelle par la participation d'un interprète (58,70–73), il n'en va pas de même pour les études quantitatives. La majorité des études présentent les résultats pour une population aux réalités culturelles très diverses (41,42,51) ou ne font pas intervenir d'interprète médiateur culturel, s'appuyant uniquement sur une traduction écrite (34–36,49,54,57,62) ou sur les capacités du participant à parler la langue du pays d'accueil (43,44). Dans son article « Transes et construction identitaire chez les mineurs isolés étrangers », Benoit de Coignac et al. nous interpellent sur le risque important d'erreur diagnostique dans le cas d'une évaluation diagnostique en contexte transculturel (51).

3.1.2. Hétérogénéité des prises en charge dans les pays d'accueil

Dans leur article, “*Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective*”, Derluyn et Broekaert décrivent les

contradictions d'une prise en charge des mineurs non accompagnés en Belgique selon deux perspectives contradictoires : la perspective psychologique et la perspective légale (7). Ils y développent l'impact considérable de la primauté de la politique migratoire par rapport aux droits des enfants, sur la capacité à organiser une prise en charge créant les conditions d'accueil social et médical nécessaires à la structuration psychique des mineurs non accompagnés.

Or si nous pouvons reconnaître l'influence de la politique d'accueil des mineurs non accompagnés sur leurs conditions de vie (hébergement, scolarisation), leur accès aux soins, et les possibles projets qui s'ouvrent à eux pour leur vie future, alors nous pouvons formuler l'hypothèse d'une limite possible à la généralisation des résultats d'études menées dans un pays à la politique d'accueil différente. Si nous supposons que le cadre socio-politique influence l'expression des symptômes des mineurs non accompagnés, alors il semble nécessaire de mener des études quantitatives de structure similaire dans différents pays afin d'en comparer les résultats.

3.1.3. Hétérogénéité méthodologique

3.1.3.1. Quantitatif et qualitatif

Au terme de cette revue de la littérature, nous disposons de données recueillies et analysées selon deux types de méthodologies : quantitative et qualitative

Les études qualitatives s'intéressent à l'expérience et aux perceptions des participants, au sens donné au monde, avec le soin de préserver la complexité des phénomènes étudiés. Les méthodes qualitatives s'appuient sur la collection, la description, l'analyse et l'interprétation de données non chiffrées, subjectives (75). Elles cherchent à décrire, comprendre et approfondir, à documenter, à rendre compte de la complexité et de la multiplicité de l'expérience. Aussi ne détermine-t-on pas la puissance d'une étude qualitative par la taille de son échantillon mais selon le degré de nouveauté de l'information qu'elle révèle (75). Il s'agit de rechercher une exemplarité et non une représentativité. En France, nous disposons de plusieurs études qualitatives menées par les équipes des docteurs Marie Rose Moro et Thierry Baubet (51,58,72). Un tel choix de méthodologie permet, selon le principe de la clinique transculturelle, de prendre en compte la dimension culturelle de la symptomatologie telle qu'elle se manifeste chez le patient, sans tenter de l'effacer au profit de la classification des maladies mentales tels que nous la pensons. En revanche, les données recueillies au terme de ces études ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population. Or, à notre connaissance, aucune étude de

prévalence des problématiques de santé mentale n'a été menée auprès des mineurs non accompagnés en France.

A l'échelle internationale, plusieurs études quantitatives ont été menées (34–36,49,54,57,62). Elles ont pour but d'expliquer, de dégager une causalité. Différents types d'études quantitatives existent, classées selon la qualité de leurs mesures, leur fiabilité, leur reproductibilité, leur sensibilité et leur spécificité. Concernant les mineurs non accompagnés, il s'agissait majoritairement d'études transversales uni- ou multicentriques, visant à établir la prévalence des syndromes dépressifs, anxieux et de stress post-traumatique, ainsi que les liens de corrélations de ces syndromes avec d'éventuels facteurs de risques ou protecteurs. Dans leur revue de la littérature, Bronstein et al. pointaient le manque d'études longitudinales et d'études cas-témoin (42). Ils soulignaient également l'hétérogénéité des outils de mesure, rendant peu comparables les résultats, empêchant leur généralisation et limitant leurs applications cliniques (42).

3.1.3.2. Recueil de données : auto-questionnaires

Dans le cadre des études quantitatives, il est fréquent que les auteurs aient eu recours à des auto-questionnaires. Par-là, ils ont tenté de contrôler le biais inhérent aux différences culturelles en privilégiant des données directement rapportées par la personne (42).

Malgré cela, les auto-questionnaires ne préviennent pas les difficultés et défaut de compréhension, interprétation et traduction. Dans une étude longitudinale sur une année, Spinhoven et al. mettent en évidence des variations et parfois un manque de cohérence entre différentes mesures auprès de la même population (76). Ils suggèrent que l'âge et les manifestations symptomatiques peuvent avoir une influence sur le recueil de données via auto-questionnaire. De plus, comme nous l'avons spécifié précédemment, ces auto-questionnaires n'apportent pas la dimension compréhensive de la manière avec laquelle ces adolescents sont affectés par les symptômes dont ils font l'expérience, les symptômes évalués ne constituant qu'une simple dimension possible de réagir aux expériences traumatiques vécues, à l'acte migratoire, au processus d'acculturation (41).

Enfin, à ce jour, seulement deux instruments de mesure ont été développés spécifiquement et validés pour les adolescents réfugiés : la HSCL 37-A et la RATS (42).

3.1.3.2.1. Hopkins Symptom Checklist 37-A (Annexe 1)

L'objectif principal de ce questionnaire est d'identifier les éventuels symptômes psychosociaux et émotionnels des adolescents réfugiés âgés de 12 à 18 ans et de favoriser le repérage de ceux qui sont à risque de développer une psychopathologie (37).

On retrace les origines de ce questionnaire jusqu'aux Etats-Unis, lorsqu'en 1949 Parloff, Kelman et Frank de la *John Hopkins University* en élaborent la version originale composée de quarante et une questions extraites du *Cornell Medical Index*⁴. Il subit ensuite plusieurs remaniements, donnant naissance à diverses versions comme la *Hopkins Symptom Checklist-25* (HSCL-25) ou encore la *Symptom Checklist 90* (SCL-90) (78). Composé de vingt-cinq questions, comme son nom l'indique, la HSCL-25 évalue plus spécifiquement les symptômes dépressifs et anxieux. En 1987, elle est traduite en Cambodgien, Laotien et Vietnamien dans le but d'être utilisée avec les personnes réfugiées (79). En 1994, le *Harvard Refugee Program* donne la permission au *Centrum*⁴⁵ de modifier et de traduire la HSCL-25 pour des recherches mettant en jeu une pluralité de cadres culturels. L'HSCL 37-A, quant à elle, est composé de trente-sept items dont dix sont extraits du groupe d'items évaluant l'anxiété, treize items du groupe évaluant la dépression et deux évaluant les plaintes somatiques de la SCL-90. A cela s'ajoutent douze questions explorant les troubles du comportement sur la base des critères diagnostics des troubles des conduites et des troubles de l'opposition définis par le DSM-IV (80).

Le questionnaire est ainsi composé de trente-sept questions à compléter par l'adolescent lui-même. Il ne peut en aucun cas avoir valeur de diagnostic, celui-ci s'élaborant sur un faisceau d'arguments psychopathologiques inscrits dans la temporalité d'un cadre psychothérapeutique. Ce questionnaire peut être utilisé par des psychiatres, des médecins, des psychologues ou des universitaires ayant l'expérience de l'utilisation de référentiels standardisés de diagnostic psychiatriques. Il a été reconnu pour avoir une valeur pratique en situation de groupe de population multiculturels. Il a été traduit et validé en dix-neuf langues⁵ afin que les adolescents puissent lire et répondre aux questionnaires dans leur langue

⁴ Le Cornell Medical Index (CMI), est un auto-questionnaire composé de 195 questions. Il a été élaboré dans les années 40 par Brodman, Erdmann et Wolff, dans le but de recueillir une grande quantité d'informations médicales et psychiatriques auprès du patient en amont de la première rencontre avec le médecin. Celles-ci devaient permettre de guider ce premier entretien sur la problématique du patient, tout en réduisant le temps du praticien dédié à la recherche de ces informations cliniques (77).

maternelle. La fiabilité d'un questionnaire est le fait que ce qui est mesuré puisse être mesuré de façon systématique et donc de manière répétable. La fiabilité de ce questionnaire est élevée: la cohérence interne pour l'ensemble des items de l'HSCL 37-A retrouve un alpha à 0.91. Un coefficient de Cronbach's alpha est considéré comme bon s'il est supérieur à 8 (37). Quant à la validité de questionnaire, qui est le degré de cet outil à mesurer ce qu'il prétend mesurer, celle-ci est également bonne, étant donné que tous les items de la HSCL 37-A correspondent directement aux critères DSM-IV de l'anxiété, de la dépression et des troubles du comportement(37).

3.1.3.2.2. Reactions of Adolescents to Traumatic Stress (Annexe 2)

L'objectif principal de cet auto-questionnaire est de permettre le repérage des adolescents âgés de 12 à 18 ans à risque de développer une psychopathologie de type état de stress post-traumatique.

En 1999, une revue de la littérature menée par l'équipe de recherche de Tammy Bean, avait révélé l'absence d'outil de recherche concis et adapté à l'évaluation de la symptomatologie traumatique dans la population des adolescents réfugiés. En conséquence, l'auto-questionnaire RATS a été créé par cette même équipe de chercheurs afin de pallier ce manque. Il est fait pour être utilisé de manière complémentaire avec la SLE (40).

La RATS est composée de vingt-deux questions auxquelles les adolescents peuvent répondre par « pas du tout », « un peu », « beaucoup », « énormément » en se basant sur leur vécu des différentes propositions au cours du dernier mois. Les questions ont été élaborées à partir de dix-sept symptômes décrits dans les critères B, C et D du diagnostic d'état de stress post-traumatique selon le DSM IV (80). Dans le but de rendre la RATS adaptée au niveau de lecture de la population à laquelle il s'adresse et de minimiser la barrière linguistique, les questions ont été formulées le plus simplement possible en anglais, en utilisant la « *Vocabulary List for 12 to 15 year-olds* ». Si la SLE évalue l'exposition d'un individu aux événements potentiellement stressants voire traumatisants, la RATS quant à elle suppose qu'un tel événement ait eu lieu dans la vie du sujet et elle en évalue les conséquences. Elle s'intéresse donc à la manifestation des symptômes de stress post-traumatique tels que : les symptômes

⁵ Les trois auto-questionnaires utilisés dans cette étude ont été traduits dans les dix-neuf langues suivantes : néerlandais, anglais, français, portugais, espagnol, allemand, serbo-croate, albanais, arabe, turc, badini, sorani, dari, farsi, russe, mongol, mandarin, amharique et somali.

d'intrusion (questions une à six), d'évitement persistant (questions sept à quinze), l'hypervigilance (questions seize à vingt-deux).

Ce questionnaire peut être utilisé par des psychiatres, des médecins, des psychologues ou des universitaires ayant l'expérience de l'utilisation de référentiels standardisés de diagnostic psychiatriques. Il a été reconnu pour avoir une valeur pratique en situation de groupe de population multiculturels (38).

La fiabilité de ce questionnaire est élevée : la cohérence interne pour l'ensemble des items de la RATS retrouve un coefficient de Cronbach's alpha à 0.88. Un coefficient de Cronbach's alpha est considéré comme bon s'il est supérieur à 0.8. La stabilité de la RATS a été évaluée via un groupe d'adolescents réfugiés ayant complété le questionnaire à deux reprises à douze mois d'intervalle. Il n'existait pas de changement significatif entre les résultats de la première session et de la seconde. Ceci indique une bonne stabilité de la RATS et interpelle également sur la chronicité des symptômes évalués (38). La validité de questionnaire est bonne selon Bean car tous les items du questionnaire se basent sur trois des critères du DSM IV (80) (B, C et D) permettant de poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Cependant, la RATS et la SLE ensemble ne mesurent pas les critères A2 et E permettant de poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique selon le DSM IV (80). De plus durant le projet de recherche de Bean et al. sur les mineurs non accompagnés, aucun diagnostic clinique n'a été posé. Les résultats de la RATS n'ont en conséquence pas pu être comparés à un diagnostic faisant référence. La sensibilité et la spécificité de ce questionnaire n'ont donc pas été déterminées.

Ainsi, tout comme la HSCL-37A, la RATS n'a aucune valeur diagnostique. Elle n'a qu'une valeur indicative sur le fait qu'un adolescent réfugié puisse faire l'expérience d'une réaction de stress post-traumatique à événement vécu (38). Des informations supplémentaires doivent être recueillies concernant la santé mentale de l'adolescent, notamment lors de plusieurs entretiens structurés avec lui ainsi qu'en recueillant le point de vue des personnes impliquées dans son quotidien (famille si elle est présente, enseignants, travailleurs sociaux...). Ces informations sont d'une importance capitale concernant l'évaluation du retentissement des symptômes dans la vie quotidienne et la sévérité des troubles de l'adolescent .

3.1.4. Objectifs de recherche

Au terme de cette revue narrative de la littérature, nous relevons plusieurs axes de recherches nécessitant davantage d'explorations :

- Vervliet et al. attirent notre attention sur l'importance de poursuivre les recherches sur les manifestations symptomatiques à la phase précoce de l'arrivée des mineurs non accompagnés dans le pays d'accueil (54).
- Bronstein et al., quant à eux, nous invitent à poursuivre la recherche, selon une méthodologie quantitative, sur les mécanismes d'adaptation et la résilience des mineurs non accompagnés (42).
- Geltman et al., dans leur étude transversale auprès des mineurs non accompagnés soudanais, soulèvent l'hypothèse que certains symptômes présentés par les mineurs non accompagnés pourraient être de nature psychosomatique (44). A notre connaissance, cette hypothèse de recherche n'a pas été approfondie dans les études postérieures.
- Nous notons qu'à notre connaissance, aucune étude ne traite de la survenue de troubles psychotiques chez les mineurs non accompagnés.

3.2. Perspectives de recherche

3.2.1. Actualités de la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés à Toulouse

L'organisation en réseau des dispositifs de soins permettant l'évaluation et la prise en charge des mineurs non accompagnés à Toulouse est en cours d'élaboration. La présentation de l'offre de soins que nous exposons dans cette partie est le résultat d'une réunion entre partenaires, tenue au mois de décembre 2019. Cette réunion avait pour but de faire un premier état des lieux des besoins spécifiques de cette population, la rencontre de certains partenaires impliqués dans leur accompagnement vers le soin et d'amorcer une coordination de nos actions de prévention et de soin. Du fait de l'instabilité des conditions de vie de ces jeunes, générée par un cadre socio-politique paradoxal, il est parfois difficile d'assurer la continuité des soins. Aussi, cette liste des partenaires impliqués dans leur prise en charge n'est pas exhaustive, les mineurs non accompagnés pouvant apparaître à divers endroits au lieu du soin, et notamment dans des situations d'urgences somatique et/ou subjective.

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente à Toulouse, il est orienté vers le Dispositif Départemental, d'Accueil, d'Évaluation et d'Orientation des Mineurs Isolés

(DDAEOMI). Ce dispositif est géré par l'Association Nationale de Recherche et d'Action Solidaire (ANRAS). Il a démarré son activité au 1er juillet 2016, dans le cadre d'une délégation de service public pour le conseil départemental de la Haute-Garonne, au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (81). Dans le cadre de ce travail, nous avons contacté le DDAEOMI afin d'avoir de plus amples informations sur le nombre de jeunes accueillis au sein de ce dispositif, la durée moyenne de cet accueil, les solutions envisagées dans leur mission d'orientation dans le cas d'une reconnaissance de minorité ou de majorité, les pratiques de saisine des services de l'État et de demande de recours aux examens osseux, ainsi que le recours aux soins psychiques et somatiques durant cette phase d'accueil et d'évaluation. Nous sommes à ce jour sans réponse de la part de l'équipe et de la direction. Selon les partenaires réunis en décembre 2019, la durée moyenne du temps d'accueil et d'évaluation au DDAEOMI serait d'une quinzaine de jours. Le DDAEOMI dispose d'un poste infirmier qui « rencontre tous les jeunes accueillis au cours d'un entretien de recueil de données et prend les constantes » (81). Pendant le temps d'évaluation, les premiers contacts avec les services de somatique ont lieu, notamment par la venue tous les deux mois du Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) qui procède au dépistage radiologique et assure la couverture vaccinale. Si le jeune présente des symptômes pendant qu'il est au DDAEOMI, il peut être accompagné à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) qui assurera une prise en charge médicale et sociale par l'accompagnement à l'accès aux droits de santé. Cet examen somatique médical n'est toutefois pas organisé de manière systématique par le DDAEOMI. Concernant les soins psychiques, le DDAEOMI dispose d'un poste de psychologue qui peut évaluer la souffrance psychique des jeunes accueillis, travailler une orientation vers un psychiatre ou engager un suivi (81). Cependant, ce suivi prend fin lorsque le jeune quitte la structure, générant une séparation et rupture de soins pouvant parfois être source de souffrance chez le jeune.

Lorsque les jeunes sont reconnus mineurs, ils sont pris en charge par l'ASE et bénéficient d'une prise en charge médicale selon les services de droits communs. En revanche, lorsque les jeunes sont reconnus majeurs au terme de l'évaluation, ils doivent quitter le DDAEOMI. Ainsi, même si des démarches de recours auprès du juge des enfants sont possibles, ces jeunes se retrouvent souvent sans domicile fixe, avec des périodes d'errance et de grande vulnérabilité. Durant cette période, ils n'ont pas accès à la scolarité et ne dispose pas d'un accompagnement institutionnalisé vers les soins. Face à cette situation, le collectif militant AutonomIE est créé à Toulouse en 2016 afin d'apporter un soutien matériel, moral et administratif à ces jeunes reconnus majeurs suite à l'évaluation du conseil départemental (82).

En octobre 2017, le collectif dispose officiellement d'un squat, un ancien hôtel d'une trentaine de chambres au nord de Toulouse. Cependant, les conditions insalubres dans lesquelles vivaient ces jeunes, amène la mairie de Toulouse à organiser un relogement dans un pavillon inoccupé d'un hôpital toulousain au cours de l'été 2019. L'Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte (ARSEAA) répond à un appel à projet de la mairie pour encadrer le quotidien des jeunes hébergés sur le pavillon de l'hôpital pendant 2 ans : deux éducateurs sont mis en poste durant l'été 2019. Ils ont pour mission d'assurer l'encadrement du quotidien des jeunes, de les accompagner dans leurs démarches administratives, sociales et médicales, et de développer les partenariats avec les services de droits communs et le milieu associatif.

Le pavillon accueille en moyenne quatre-vingt-cinq jeunes. Chaque mois, environ quinze jeunes quittent le pavillon et quinze autres jeunes arrivent ; leur nombre est donc relativement stable au sein de cette structure. Selon les partenaires rencontrés, 90% des jeunes du pavillon sont reconnus mineurs par le juge des enfants à terme. Le collectif AutonoMIE continue également d'être impliqué dans la vie des jeunes hébergés. Deux infirmières bénévoles viennent à la rencontre des jeunes deux heures par semaine afin d'organiser un planning des soins. Elles ne sont pas habilitées à dispenser des médicaments ou pratiquer des actes infirmiers.

Sur le plan somatique, des missions dites « d'aller vers » du CLAT et de la PASS au pavillon, ont permis de procéder aux actes de prévention anti-tuberculeux et vaccinaux, ainsi qu'à un premier bilan de santé général comprenant un examen clinique et le bilan biologique recommandé pour les migrants primo-arrivants. La PASS et le CLAT ont également pu accueillir les jeunes dans leurs locaux lorsqu'ils pouvaient se déplacer si des tickets de transports en commun étaient mis à leur disposition. L'association Médecins du Monde propose également des consultations médicales et accompagnement à l'ouverture des droits de sécurité sociale. Lorsqu'ils disposent de droits de sécurité sociale, ils peuvent être orientés vers un médecin traitant de leur choix. Toutefois, des difficultés à l'accompagnement vers les services de soins ont été notées du fait du déséquilibre entre le nombre d'accompagnants et le nombre de jeunes sur la structure. Par ailleurs, les professionnels de santé font part d'un nombre important de perdus de vue, du fait des conditions de vie de ces jeunes et de l'encadrement légal les amenant à changer de structure, voire de département.

Des conduites addictives ont été repérées chez ces jeunes. L'association AIDES propose des prises en charges individuelles à visée de réduction des risques. L'association Médecins du Monde porte actuellement le projet « parole et prévention » dont le but est de proposer un

espace de parole groupal permettant d'aborder les problématiques liées à la santé, dont la question des consommations.

Au plan psychique, une demande de soins existe chez ces jeunes. L'association Palabre propose une permanence une matinée par semaine avec un accès à un psychologue sans rendez-vous. Toutefois, situés dans quartier éloigné du lieu de vie, ils font le constat que malgré la demande des jeunes, peu parviennent à se rendre au lieu de la permanence. L'association propose également des suivis, avec un délai d'attente de plusieurs mois. Leur file active est de 80 personnes. Médecins du Monde propose également quelques suivis psychologiques. Concernant les services de droits communs, les Services Universitaires de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) et l'Unité de la Souffrance Psycho-Sociale (USPS) du CHU de Toulouse ont fait part de leur engagement à accueillir les jeunes nécessitant une prise en charge psychiatrique. Actuellement, un dispositif de consultation conjointe somato-psychiatrique associant un médecin de la PASS et l'interne en psychiatrie de l'USPS permet une première évaluation de l'état de santé psychique de ces jeunes.

3.2.2. Dispositif de consultation conjointe somato-psychiatrique à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Toulouse

Ce dispositif a été créé en mai 2019 dans le cadre du stage d'interne à l'Unité de Souffrance Psycho Sociale du Centre Hospitalier de Toulouse (CHU). Deux demi-journées par semaine sont dédiées à cette consultation associant un médecin généraliste de la PASS et un interne en psychiatrie. Dans le cadre des missions de la PASS, ces deux soignants accueillent les personnes en situation de précarité présentant un problème de santé, un défaut de couverture sociale ou tout autre problématique entravant la prise en charge dans les services de droit commun. L'une des visées de la construction d'un double regard clinique - somatique et psychiatrique – est d'affiner la description clinique des symptômes polymorphes que peuvent présenter les personnes en situation de précarité, dont l'intrication psychosomatique est un enjeu crucial à considérer dans leur prise en charge. Notre consultation s'attache à la question du corps, à la fois dans sa dimension narrative – ce que le corps porte et présente de l'histoire du sujet, ce que le corps dit du sujet à travers le symptôme- mais également à la dimension préverbale- l'impression , la trace du corps, l'espace qu'il structure et le structure en retour.

La pensée du psychiatre phénoménologue Arthur Tatossian, nous semble constituer une base théorique pertinente pour tenter de dessiner les contours des enjeux cliniques de la consultation conjointe. Dans son article « Qu'est-ce que la clinique ? » (83), il décrit deux modèles de l'activité clinique : le modèle inférentiel et le modèle perceptif. Le premier décrit la démarche clinique ayant « pour seule finalité celle de permettre le passage entre sémiologie et nosologie, telles qu'elles sont sédimentées dans les traités et manuels, et n'existe pas sans elles » (83). Il s'agit donc de la clinique des arbres décisionnels, guidée par le savoir médical tel qu'il peut s'apprendre. Tatossian précise : « le modèle inférentiel comporte schématiquement deux phases dont la première est celle de l'observation du patient menant au relevé le plus complet possible des symptômes qu'il présente ou a présenté. [...] La seconde phase est celle de l'inférence diagnostique. Elle débute par la comparaison de la configuration symptomatique observée avec différentes configurations typiques emmagasinées dans la mémoire du clinicien et mène à la décision diagnostique [...]. Le ressort inférentiel du diagnostic est nécessaire dans ce modèle parce qu'il a pour présupposé essentiel que l'activité clinique est destinée à faire passer de ce qui est directement observable-les symptômes- à ce qui ne l'est pas : la maladie [...]» (83).

Toutefois, le modèle inférentiel présente des limites, lesquelles s'éprouvent dans « l'atypicité » de certains « cas » ou encore lorsqu'il s'agit pour le psychiatre de prendre une décision relevant du quotidien d'une personne en institution psychiatrique (83). Tatossian fait la remarque que le modèle inférentiel ne pose pas de problème du côté de la validité ou de l'utilité de ce qu'il avance, mais bien du côté de « la signification » (83). Il y a dans notre consultation conjointe, un moment de bascule où nous sentons que derrière le motif de consultation, un autre vécu nous est donné à percevoir : que derrière les céphalées chroniques, il y a le « trop-plein » de celui qui pense tellement qu'il n'en dort plus ; que derrière la douleur rétro-sternale constrictive, il y a le « mal-au-cœur » de celui qui a tout perdu ; que derrière les lombalgies, il y a le « plein-le-dos » de celui qui porte à bout de bras son lourd passé. Tatossian nous invite alors à prendre en compte le modèle perceptif de l'activité clinique. Ce dernier fait appel à ce que Tatossian appelle le « diagnostic spontané » ou ce que Minkowski désigne par « diagnostic par intuition » (83). Ce diagnostic présente certaines caractéristiques :

- il est porté précocement, parfois dans les premières minutes d'entretien, « avant que le clinicien n'ait eu le temps matériel de rassembler d'ensemble des symptômes présents » (83).

- il est souvent incomplet et ne permet que de s'orienter vers des catégorisations larges (dépression, schizophrénie, manie, etc.).
- il peut évoluer, mais davantage dans le cadre « d'une méthode par essais et erreurs que grâce au parcours systématique d'un arbre de décision séméiologique » (83).
- il nécessite d'envisager que « les entités diagnostiques ne sont pas le plus souvent inférées mais globalement perçues [...] un peu comme l'est l'air de famille d'un inconnu avec le frère ou la mère que l'on connaît déjà » (83).

Pour Tatossian, « c'est moins le contenu matériel du symptôme qui importe que la façon dont il est assumé, c'est-à-dire le mode de vécu global, le style de vie essentiel dont la perception directe assure le diagnostic de manie, dépression, schizophrénie... » (83).

Notre consultation repose sur ces deux modèles. Ni l'un ni l'autre n'est l'apanage du médecin généraliste ou de l'interne en psychiatrie. Il s'agit davantage de cultiver cet « équilibre variable » entre l'un et l'autre, nous permettant de naviguer entre ce qui, lors de l'entretien, relève de la blessure du corps et ce qui relève de la « blessure psychique » s'exprimant par le corps.

3.2.3. Perspectives de recherche à partir du dispositif de consultation conjointe somato-psychiatrique

La question du corps est l'arête saillante à partir de laquelle nous déployons notre clinique au sein de la consultation conjointe somato-psychiatrique de la PASS du CHU de Toulouse. Le manque de données sur les symptômes psychosomatiques chez les mineurs non accompagnés dans la littérature médicale nous amène à considérer l'importance de développer les perspectives de recherche au sein de notre dispositif à partir de cette question (44). De notre expérience clinique, il nous semble que, dans les premiers temps de la rencontre, la verbalisation de la souffrance psychique passe essentiellement par des plaintes corporelles. Comment comprendre le vécu des symptômes que ces jeunes présentent ? Ces plaintes psychosomatiques sont-elles l'expression d'un syndrome dépressif, anxieux ou post-traumatique qui ne pourrait se dire ? Ou doit-on les considérer en elles-mêmes, pour ce qu'elles sont et tenter d'en dégager les contours et traits essentiels ? Peut-on établir des liens de corrélation entre l'expression de ces symptômes et les conditions d'accueil qui leur sont réservées en France ?

Par ailleurs, à notre connaissance, nous ne disposons d'aucune étude française de prévalence de la survenue de troubles psychiques chez les mineurs non accompagnés. Or il nous semblerait pertinent de pouvoir évaluer les manifestations de souffrance psychique chez les mineurs non accompagnés se présentant à la PASS afin d'évaluer plus spécifiquement leurs besoins en soins psychiques et limiter l'errance médicale à laquelle ils peuvent être confrontés. La PASS étant un dispositif de première ligne, accueillant des patients n'ayant pas encore de droit à l'assurance maladie, il nous semble que ce dispositif intervient dans une phase précoce de l'accueil des mineurs isolés en France. Toutefois, l'accompagnement de ces jeunes sur ce service se fait sur une durée limitée dans le temps, qui est celle permettant au jeune d'accéder aux services de droit commun par l'orientation vers un médecin traitant dès les droits de sécurité sociale ouverts. Ainsi, il est difficile d'imaginer une étude longitudinale à partir de ce dispositif. En revanche, il accueille des mineurs non accompagnés aux parcours de vie, situations administratives et parcours scolaires différents, ce qui limite les biais de sélection.

Afin de contribuer à la réponse à une question de santé publique dont les données européennes et françaises ne permettent pas de conclure à des résultats significatifs à l'heure actuelle (42), il nous semblerait intéressant de mesurer la prévalence des syndromes anxieux et dépressif, la prévalence de l'exposition aux événements traumatisants et la prévalence de symptômes en faveur d'un état de stress post traumatique avec l'appui d'auto-questionnaires validés (39,40) -HSCL 37-A, RATS ainsi que la SLE (Annexe 3), non validée à l'heure actuelle chez les mineurs non accompagnés, dans le cadre de consultations s'inscrivant dans les missions du service de la PASS de Toulouse. Ces questionnaires ont été traduits en dix-neuf langues différentes, facilitant par-là l'accessibilité de cet outil de mesure (37,38). Il nous a été donné l'autorisation d'utiliser ces questionnaires par le Centrum '45⁶.

Un objectif secondaire pourrait être de mener une analyse de données qualitatives recueillies au sein de la même cohorte grâce à des entretiens semi-directifs s'intéressant au parcours de ces jeunes, à leur plainte symptomatique et au vécu des symptômes. Les entretiens pourraient être menés par le binôme médecin généraliste-interne en psychiatrie. La méthode d'analyse employée pourrait être *l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)*, largement

⁶ La Fondation néerlandaise Centrum '45 se définit comme "le centre national de traitement et d'expertise pour les psychotraumatismes ». Elle est en charge du diagnostic et du traitement des personnes souffrant de symptômes complexes de psychotraumatisme résultant de persécutions, de guerres et de violences. Elle est également considérée comme un pôle de développement des connaissances et d'expertise dans le domaine de la psychotraumatologie, en collaboration avec d'autres partenaires dans le domaine de la recherche, du transfert de connaissances et de l'innovation. Les informations sur le Centrum '45 sont disponibles sur leur site : <https://www.centrum45.nl/nl/over-ons> .

validée dans le domaine de la psychologie depuis les années 1970 (84) . Elle permet d'analyser finement le vécu de l'individu en déployant son expérience subjective d'une personne et son ressenti. L'approche est phénoménologique dans le sens où elle tente d'explorer la représentation personnelle d'un individu plutôt que d'établir un rapport objectif (75). Dans le cadre de l'IPA, il est possible de partir d'une grille d'entretien existante et de la faire évoluer dans le cours de l'enquête en fonction des analyses.

La mise en regard des approches quantitative et qualitative, par un travail méthodologique mixte (85), serait une contribution descriptive et compréhensive à une réflexion de santé publique sur l'état de santé psychique des mineurs isolés étrangers ainsi que sur les facteurs favorisant ou faisant obstacle à l'accès aux dispositifs de soins de droit commun, en comparant une évaluation selon un référentiel épistémologique psychiatrique et le vécu subjectif des patients de leur symptômes.

Conclusion

Bien que les questions portant sur les mineurs non accompagnés ne soient apparues que récemment dans la littérature médicale, ces jeunes ont suscité chez les chercheurs, une inquiétude certaine quant à leur état de santé psychique et les moyens dont les soignants disposent pour leur venir en aide. Aussi, dans notre première partie, nous nous sommes intéressés au cadre juridique définissant les conditions d'accueil des mineurs non accompagnés en France. La lecture et l'analyse des différents textes de lois, nous a permis de dégager une contradiction légale. En effet, selon la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, les mineurs non accompagnés doivent être pris en charge par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance au titre de l'enfance en danger. Cependant, il nous apparaît que la saturation du dispositif de droit commun par une augmentation du nombre de jeunes arrivant sur le territoire français, amène à une modification dans le champ politique ayant des incidences législatives. Celles-ci semblent conduire à la suspension des droits de l'enfant, le temps de l'évaluation des critères de minorité et d'isolement, au profit d'une gestion des flux migratoires. La présomption de minorité n'étant pas au cœur de cette loi, les jeunes se déclarant mineurs non accompagnés sont soumis au régime de la preuve, et leur discours a peu de valeur face au doute encouragé par la pratique de l'évaluation. Les conséquences du dispositif français sont nombreuses : ruptures répétées des accompagnants, retard d'accès au soin, défaut de scolarisation, fragilité des conditions d'hébergement, voire vie à la rue, etc. Nous nous sommes alors interrogées sur l'état de santé psychique de ces jeunes et les facteurs influençant la survenue de troubles psychiatriques au sein de cette population.

Pour cela, nous avons mené une revue narrative de la littérature médicale publiée entre 2000 et 2019, portant sur l'état de santé psychique des mineurs non accompagnés. Les études rapportaient un taux plus élevé de manifestations anxieuses, dépressives et de stress post-traumatique chez les mineurs non accompagnés comparés aux mineurs des pays d'accueil, ainsi qu'aux mineurs accompagnés ayant fait l'expérience de la migration. Les auteurs suspectaient également une dimension psychosomatique des symptômes présentés par ces jeunes. Plusieurs facteurs de risque de développer une psychopathologie ont pu être mis en évidence, comprenant

l'exposition aux traumatismes avant, pendant et après la migration. Les conditions de vie dans le pays d'accueil semblaient jouer un rôle de « trauma secondaire » chez les mineurs non accompagnés. D'autre part, des conditions de vie stable, un quotidien structuré par des activités régulières ou la scolarisation, l'orientation précoce vers les soins et une meilleure visibilité sur leur avenir apparaissaient comme des facteurs protecteurs. Concernant la prise en charge psychiatrique de cette population, aucun modèle psychopathologique, aucune modalités de rencontre ou outils thérapeutiques n'a prouvé une efficacité supérieure en termes d'amélioration des symptômes. Certains auteurs font alors l'hypothèse qu'il est probable que ce soit la relation soignant-soigné qui soigne et non le type de thérapie choisie. En outre, il nous semblait nécessaire de souligner la nécessité de prendre en compte les enjeux identitaires soulevés par l'acte migratoire ainsi que par la période spécifique de l'adolescence.

Dans un troisième temps, nous nous sommes attachés à décrire les limites de cette revue narrative de la littérature et, à la lumière de cet enseignement, à ouvrir des perspectives de recherches sur l'état de santé psychique des mineurs non accompagnés en France, à Toulouse. A partir du dispositif de consultation conjointe de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Toulouse, il nous est apparu qu'un axe de recherche pourrait être de poursuivre l'évaluation de l'état de santé psychique des mineurs non accompagnés en employant des outils méthodologiques validés en situation transculturelle. Un objectif secondaire pourrait être de mettre en regard ces résultats avec la plainte symptomatique et le vécu des symptômes des mineurs non accompagnés afin de s'inscrire dans une démarche compréhensive de la dimension potentiellement psychosomatique des symptômes qu'ils présentent. La mise en regard des approches quantitative et qualitative permettrait d'ouvrir la réflexion sur les facteurs favorisant ou faisant obstacle à l'accès aux dispositifs de soins de droit commun, en comparant une évaluation selon un référentiel épistémologique psychiatrique et le vécu subjectif des patients de leur symptômes.

Ainsi, au terme de ce travail, il nous apparaît que les mineurs non accompagnés constituent une population vulnérable par le double exil qu'ils ont à éprouver. Le premier, et le plus commun, est l'exil du monde de l'enfance. L'adolescence constitue ce temps particulier de la vie psychique du sujet où il façonne son identité par la mise en tension des imagos parentaux. Cela suppose le cadre stable et bienveillant du foyer qu'ils ont souvent perdu dans leur second exil : celui de la migration. La question de l'accueil de ces jeunes se fait donc centrale dans notre pratique clinique. Créer les conditions de possibilité pour le sujet de tenir sa position de témoin de sa propre histoire passe par notre capacité à faire acte de reconnaissance de son existence.

Comme le suggère Murielle Macé dans son ouvrage *Sidérer, considérer* : « accueillir n'est pas un acte de charité mais de justice »(86).

Vu, de l'avis du jury
19/03/2020
Professeur Jean-Philippe RAYNAUD



Vu et permis d'imprimer
le 30 mars 2020

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Toulouse Rangueil

Le Pr Élie SERRANO



Bibliographie

1. Debart M-H, Jacquy-Vazquez B, Delbos V, Coquet A, Monzani P, Ten Eyck S, et al. Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés-15 février 2018 [Internet]. févr 15, 2018. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-177-Rapport_MNA.pdf
2. Woestelandt L, Radjack R, Touhami F, Moro MR. L'incertitude menaçante qui pèse sur les mineurs isolés étrangers: conséquences psychologiques. *L'Autre*. 2016;17(1):35-43.
3. Perney. Audience publique du 7/11/2002- Cour d'appel de Poitiers [Internet]. p. 1-2. Disponible sur: http://www.infomie.net/IMG/pdf/jur_ca_poitiers_2002-11-07.pdf
4. OFPRA. Histoire de l'asile | OFPRA [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/histoire-archives/histoire-de-l-asile>
5. Arendt H. *Nous autres réfugiés*. Allia. Paris IVe; 2019. 43 p.
6. L'Agence des Nations Unies pour les. Convention et Protocole relatifs au Statut des Réfugiés [Internet]. UNHCR. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr-fr/about-us/background/4b14f4a62/convention-protocole-relatifs-statut-refugies.html>
7. Derluyn I, Broekaert E. Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *Int J Law Psychiatry*. août 2008;31(4):319-30.
8. RAA_MMNA_2016.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA_MMNA_2016.pdf
9. RAA_MIMIE_2015_version_finale.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA_MIMIE_2015_version_finale.pdf
10. Conseil de l'Union Européenne. Résolution du Conseil du 26 juin 1997 concernant les mineurs non accompagnés ressortissants de pays tiers [Internet]. 1997 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: http://admi.net/eur/loi/leg_euro/fr_397Y0719_02.html
11. Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. Notes sur les politiques et procédures à appliquer dans le cas des enfants non accompagnés en quête d'asile [Internet]. 1997 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.infomie.net/IMG/pdf/index.pdf>
12. Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie JD, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2004;43(1):24-36.
13. RAA-MMNA-2018.pdf [Internet]. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2018.pdf

14. Convention Internationale des Droits de l'Enfant [Internet]. 1989 [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
15. Chirac J, De Villepin D, Sarkozy N, Borloo J-L, De Robien G, Clément P, et al. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. NOR: SANX0600056L mars 5, 2007. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2007/3/5/SANX0600056L/jo/texte>
16. Doineau E, Godefroy J-P. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés [Internet]. n°598 juin 28, 2017. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-598/r16-5981.pdf>
17. Taubira C, Touraine M, Valls M, Lebreton C. 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. [Internet]. 2013 [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37174.pdf
18. Decout-Paolini R, Vialettes M. Conseil d'Etat, 1ère / 6ème SSR, 30/01/2015, 371415 [Internet]. 371415 janv 30, 2015. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000030171847&fastReqId=97412310&fastPos=1>
19. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.
20. Touraine M, Taubira C, Cazeneuve B, Rossignol L, Vallaud-Belkacem N. Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'Etat auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels [Internet]. JUSF1602101C janv 25, 2016. Disponible sur: <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=40501>
21. Valls M, Urvoas J-J, Cazeneuve B, Rossignol L, Pau-Langevin G. 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 [Internet]. JUSF1606788D juin 24, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/24/JUSF1606788D/jo/texte>
22. Urvoas J-J. Arrêté du 28 juin 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de calcul de la clé de répartition des orientations des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille [Internet]. JUSF1617871A juin 28, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/6/28/JUSF1617871A/jo/texte>
23. Urvoas J-J, Cazeneuve B, Rossignol L, Rousseau A. Arrêté du 23 septembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif à la composition et aux règles de fonctionnement du comité de suivi du dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de

- leur famille [Internet]. JUSF1622777A sept 23, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/9/23/JUSF1622777A/jo/texte>
24. Urvoas J-J, Cazeneuve B, Rossignol L, Bareigts E. Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille [Internet]. JUSF1628271A nov 17, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/11/17/JUSF1628271A/jo/texte>
 25. Bagarry D. Avis n°276 à l'Assemblée Nationale du 12/10/2017 [Internet]. 276 oct 12, 2017. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/avis_bagarry_mna_20180206.pdf
 26. Macron E, Phillippe E, Collomb G, Belloubet N, Le Drian J-Y, Buzyn A, et al. LOI n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie - Article 51 [Internet]. 2018-778 sept 10, 2018. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/9/10/INTX1801788L/jo/article_51
 27. Parent A-S, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon J-P. The Timing of Normal Puberty and the Age Limits of Sexual Precocity: Variations around the World, Secular Trends, and Changes after Migration. *Endocr Rev.* 1 oct 2003;24(5):668-93.
 28. Chaumoître K, Lamtali S, Baali A, Dutour O, Boetsch G, Garel L, et al. Estimation de l'âge osseux par l'atlas de Greulich et Pyle: comparaison de trois échantillons contemporains d'origine géographique différente. *J Radiol.* 1 oct 2007;88(10):1376.
 29. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Deschamps C, Roux M. Avis n° 88 : Sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.infomie.net/IMG/pdf/avis_no_88_sur_les_methodes_de_determination_de_l_age_a_des_ins_juridiques_-_ccne.pdf
 30. Code civil - Article 411 [Internet]. Code civil, Loi 1803-03-14. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=67B62B3B6A09A4CC85E2CDCE2BCF8EC7.tplgfr35s_1?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000031345409&dateTexte=20200229&categorieLien=id#LEGIARTI000031345409
 31. Flamigni E, Pedron P. Prise en charge des mineurs non accompagnés : une consolidation législative et jurisprudentielle en faveur d'un déclenchement successif de la protection des art. 375 et 411 c. civ. – Cour d'appel de Dijon 9 mars 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.dalloz.fr/documentation/Document?id=AJFAM/JURIS/2017/0167&ctxt=0_YSR0MT1taW5ldXIgbm9uIGFjY29tcGFnb3OpwqdkJG5UZxh0ZTI9NkIxMjFGQ0LCp3QkcZA9RjlBNjUzQTDCp3gkc2Y9cGFnZS1yZWNoZXJjaGU=&ctxtl=0_cyRwYWdlTnVtPTHCP3MkdHJpZGF0ZT1GYWxzZcKncyRzb3J0PcKncyRzbE5iUGFnPTIwwqdzJGZlYWJvPVRydWXCp3MkcGFnaW5nPVRydWXCp3Mkb25nbGV0PcKncyRmcmVlc2NvcGU9RmFsc2XCp3Mkd29JUz1GYWxzZQ==&nrf=0_TGlzdGU=

32. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L221-5 [Internet]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=67B62B3B6A09A4CC85E2CDCE2BCF8EC7.tplgfr35s_1?idArticle=LEGIARTI000006335012&cidTexte=LEGITEXT000006070158&dateTexte=20200229
33. Toubon J. Avis du Défenseur des Droits n°17-03 [Internet]. févr 7, 2017. Disponible sur: https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/avis_17-03_du_7_fevrier_2017_relatif_a_la_prise_en_charge_des_mineurs_isoles_.pdf
34. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J Nerv Ment Dis.* avr 2007;195(4):288-97.
35. Derluyn I, Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethn Health.* avr 2007;12(2):141-62.
36. Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up. *Soc Sci Med.* 1 mars 2007;64(6):1204-15.
37. Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Derluyn I, Spinhoven P. Hopkins Symptom Checklist-37 for adolescents (HSCL- 37A). User's Manual. Centrum '45. 2004a.
38. Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Derluyn I, Spinhoven P. Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire (RATS) User's manual. Centrum '45. 2004b.
39. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Validation of the multiple language versions of the Hopkins Symptom Checklist-37 for refugee adolescents. *Adolescence.* 2007;42(165):51-71.
40. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Validation of the multiple language versions of the Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire. *J Trauma Stress.* avr 2006;19(2):241-55.
41. Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents. *J Adolesc Health.* mars 2009;44(3):291-7.
42. Bronstein I, Montgomery P. Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2011;14:44-56.
43. Geltman PL, Grant-Knight W, Mehta SD, Lloyd-Travaglini C, Lustig S, Landgraf JM, et al. The "Lost Boys of Sudan": Functional and Behavioral Health of Unaccompanied Refugee Minors Resettled in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 juin 2005;159(6):585.
44. Geltman PL, Grant-Knight W, Ellis H, Landgraf JM. The "Lost Boys" of Sudan: Use of Health Services and Functional Health Outcomes of Unaccompanied Refugee Minors Resettled in the U.S. *J Immigr Minor Health.* oct 2008;10(5):389-96.

45. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis.* févr 1992;180(2):111-6.
46. Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunniff A. Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* juill 2008;49(7):723-32.
47. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* mai 1979;41(3):209-18.
48. Birmaher B. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *J Child Psychol Psychiatry.* janv 1981;22(1):73-88.
49. Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol.* févr 2014;55(1):33-7.
50. Tousignant M. La santé mentale des migrants : analyse de son contexte social et longitudinal. *Santé Ment Au Qué.* 1992;17(2):35-45.
51. Benoit de Coignac A, Baubet T. Transes et construction identitaire chez les mineurs isolés étrangers. *Adolescence.* 11 oct 2013;T.31 n° 3(3):613-23.
52. Boeno D, Oujdi SD. La consultation interculturelle d'évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers. *L'Autre.* 28 juin 2016;Volume 17(1):44-53.
53. Gaultier S. Stress post-traumatique et alliance thérapeutique auprès de mineurs non accompagnés. *Rhizome.* 2018;N° 69-70(3):15-6.
54. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* mai 2014;23(5):337-46.
55. Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, et al. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2 avr 2009;3(1):13.
56. Fazel M. The mental health of refugee children. *Arch Dis Child.* 1 nov 2002;87(5):366-70.
57. Reijneveld SA, de Boer JB, Bean T, Korfer DG. Unaccompanied adolescents seeking asylum: poorer mental health under a restrictive reception. *J Nerv Ment Dis.* nov 2005;193(11):759-61.
58. Radjack R, Minassian S, Moro MR. Grandir quand on est mineur isolé. *Rev Enfance Adolesc.* 1 juin 2016;n° 93(1):49-62.
59. Eide K, Hjern A. Unaccompanied refugee children--vulnerability and agency. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. juill 2013;102(7):666-8.

60. Goodman JH. Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from Sudan. *Qual Health Res.* nov 2004;14(9):1177-96.
61. Majumder P, O'Reilly M, Karim K, Vostanis P. « This doctor, I not trust him, I'm not safe »: the perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *Int J Soc Psychiatry.* mars 2015;61(2):129-36.
62. Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P. Factors Associated with Mental Health Service Need and Utilization among Unaccompanied Refugee Adolescents. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res.* mai 2006;33(3):342-55.
63. Goudet-Lafont B, Le Du C, Marichez H, Radjack R, Baubet T. L'accompagnement éducatif des mineurs isolés étrangers: discours et représentations des éducateurs. Grenoble: La pensée sauvage; 2016. 16-34 p. (L'Autre; vol. 17).
64. Mestre C. L'interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité. *Rhizome.* 2015;55(1):38-47.
65. Magnani G, Pellicciari A, Massi L, Martelli M. Accueillir les mineurs isolés étrangers à Bologne (Italie). *L'Autre.* 28 juin 2016;Volume 17(1):61-9.
66. Demazure G, Gaultier S, Pinsault N. Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27(4):447-66.
67. Nincheri F, Rizzi AT, Radjack R. « Je suis sans papiers, donc je n'existe pas ». *Empan.* 13 mars 2019;n° 113(1):82-8.
68. Girard M. L'accueil en pratique institutionnelle: Immaturité, schizophrénies et bruissements du monde. Champ Social Editions. Nîmes: Champ social; 2006. 132 p. (Pratiques de soins).
69. Organisation Mondiale de la Santé. Développement des adolescents [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
70. Moro MR, Baubet T. Psychopathologie transculturelle. 2017. 203-220 p.
71. Baubet T, Moro MR. Culture et soins du trauma psychique en situation humanitaire. In: *Soigner Malgré tout [MSF] Tome 1. La Pensée Sauvage.* Paris; 2003.
72. Radjack R, Benoit de Coignac A, Sturm G, Baubet T, Moro MR. Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers? *Adolescence.* 23 juill 2012;n° 80(2):421-32.
73. Moro MR, Baubet T. Les soins en situation transculturelle. In: *Psychopathologie transculturelle-de l'enfance à l'âge adulte.* Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2009. p. pp.151-167.
74. Sturm G, Guerraoui Z, Raynaud J-P. Approches transculturelles et interculturelles dans la psychiatrie française. *EMC-Psychiatr.* 2016;13 (3):1-7.

75. Rosenthal L. Le vécu parental du refus scolaire anxieux à l'adolescence: une étude en contexte transculturel. [Toulouse]: Toulouse III- Paul Sabatier; 2019.
76. Spinhoven P, Bean T, Eurelings-Bontekoe L. Inconsistencies in the self-report of traumatic experiences by unaccompanied refugee minors. *J Trauma Stress*. oct 2006;19(5):663-73.
77. Cornell Medical Index (1949).pdf [Internet]. [cité 7 déc 2019]. Disponible sur: [http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Cornell%20Medical%20Index%20\(1949\).pdf](http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Cornell%20Medical%20Index%20(1949).pdf)
78. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci*. janv 1974;19(1):1-15.
79. Mollica R. Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *Am J Psychiatry*. avr 1987;144(4):497-500.
80. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington DC; 1994.
81. ANRAS DDAEOMI TOULOUSE ACCUEIL [Internet]. ddaeomi. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ddaeomi.com>
82. Collectif AutonomIE, Toulouse France | radar.squat.net [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://radar.squat.net/fr/toulouse/collectif-autonomie>
83. Tatossian A, Moreira V, Chamond J, Tatossian J, Pita J, Bloc L, et al. Clinique du Lebenswelt: psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques. MJW Fédition. 2016.
84. Wertz FJ, éditeur. Five ways of doing qualitative analysis: phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry. New York: Guilford Press; 2011. 434 p.
85. Guével M-R, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*. 2012;24(1):23-38.
86. Macé M. Sidérer, considérer: migrants en France, 2017. 2017.

Annexes

Annexe 1 : Hopkins Symptom Checklist 37-A

Centrum '45		French	HSCL-37A			
Des exemples de comportement et de sentiments sont donnés ci-dessous. Indique combien de fois aujourd'hui ou le mois dernier tu as ressenti ces sentiments ou tu t'es conduit de cette manière. Noircis la case qui correspond à ta réponse.						
= presque jamais = quelquefois = souvent = presque tout le temps						
			presque jamais	quelquefois	souvent	presque tout le temps
1	Avoir peur sans raison	Suddenly scared for no reason	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Se sentir agité, ne pas pouvoir rester tranquille	Feeling restless, can't sit still	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Se mettre vite en colère	Becoming angry easily	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Boire de l'alcool lorsque je sors le week-end	Drinking alcohol when I go out in the weekend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Etre anxieux	Feeling fearful	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Rejeter la faute de quelque chose sur moi-même	Blaming myself for things	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Embêter ou tromper les autres	Bullying or threatening others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Fumer des cigarettes	Smoking cigarets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Avoir des vertiges ou faiblesses	Faintness, dizziness or weakness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Pleurer facilement	Crying easily	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Démolir ou casser les choses des autres	Destroying or breaking things that belong to others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Nerveux ou trembler à l'intérieur	Nervousness or shakiness inside	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ne plus s'intéresser au sexe	Loss of sexual interest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Commencer des bagarres	Starting fights	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Ne pas avoir beaucoup d'énergie	Feeling low in energy, slowed down	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Battements de cœur (palpitations)	Heart pounding or racing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Ne pas avoir d'appétit	Poor appetite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Faire mal à quelqu'un exprès	Intentionally hurting someone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Trembler	Trembling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Avoir du mal à s'endormir, ou se réveiller souvent	Difficulty falling asleep, staying asleep	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Se disputer souvent	Arguing often	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Se sentir tendu	Feeling tense or keyed up	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Se sentir sans espoir pour le futur	Feeling hopeless about the future	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Ne s'intéresser à rien	Feeling no interest in things	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Boire de l'alcool pendant la semaine	Drinking alcohol during the week	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Mal à la tête	Headaches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Se sentir triste	Feeling blue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Prendre des somnifères ou des calmants	Using sleeping pills or sedatives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Accès de peur ou de panique	Spells of terror or panic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Se sentir seul	Feeling lonely	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Penser au suicide	Thoughts of ending my life	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Se sentir pris au piège ou prisonnier	Feeling of being trapped or caught	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Se torturer trop l'esprit	Worrying too much about things	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Voler des choses	Stealing things	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Avoir le sentiment que tout est tellement difficile	Feeling everything is an effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Avoir le sentiment de ne rien valoir	Feelings of worthlessness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Prendre des drogues (herbe, ecstasy, coke, LSD)	Using drugs (hasj, XTC, speed, coke, LSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HSCL-37A (adaptation of the English version of the HSCL-25) © 2000 T.Bean, E.H.M. Eurlings-Bontekoe, Ph. Spinhoven

Annexe 2 : Reactions of Adolescents to Traumatic Stress

Centrum '45		French		RATS			
Certaines jeunes personnes ont des troubles après avoir vécues des expériences traumatisantes (douloureuses et terrifiantes). Les phrases suivantes concernent ces troubles. Cochez pour chaque phrase si tu as ressenti pas du tout, un peu, beaucoup ou énormément le trouble indiqué durant le dernier mois . Merci.							
● = pas du tout ● = un peu ● = beaucoup ● = énormément							
				●	●	●	●
				pas du tout	un peu	beau- coup	énor- mément
1	Je pense souvent aux événements du passé, même quand je ne le veux pas (par exemple que les images du passé surgissent dans ma tête).	I think often of the event(s) even if I do not want to. (for example; pictures of the event(s) pop into your head)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	J'ai des rêves angoissants ou des cauchemars à propos des événements du passé.	I have bad dreams or nightmares about the event(s)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	J'ai le sentiment que les faits du passé se passent de nouveau.	I have the feeling that the event(s) is happening all over again.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Je me sens angoissé(e) ou triste (je me détraque les nerfs) quand je pense aux événements du passé.	I feel afraid or sad (upset) if I think about the event(s).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Je trouve que je me comporte de la même manière que pendant les événements.	I find myself sometimes acting as I did at the time of the event(s).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Quand je pense aux événements, je le ressens dans mon corps (par exemple mal à la tête, mal au ventre, battements de coeur.).	When I think about the event(s), I have strong feelings in my body (headaches, stomachaches, heart beating fast).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	J'essaie de ne pas penser ou de ne pas parler des événements du passé.	I try to not to think or to talk about the event(s).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	J'essaie de cacher mes sentiments à propos des événements du passé.	I try to push away my feelings about the event(s).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	J'essaie d'éviter les personnes ou les endroits qui me font penser aux événements du passé.	I try to stay away from people, places, or things that remind me of the event(s).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	J'ai oublié des parties importantes de ce qui s'est passé.	I have forgotten important things about the event(s).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Je me sens seul(e).	I feel all alone.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	J'ai l'impression de ne pas être en contact avec les gens autour de moi.	I do not feel close to the people around me.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	J'ai du mal à exprimer mes sentiments.	I have trouble expressing my feelings.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Je ne suis pas intéressé(e) dans les activités comme le sport, l'école, les copains.	I am not interested in things like sports, friends, school, and family.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Je ne suis pas positif(ve) à propos de l'avenir (par exemple que je ne trouverai pas un partenaire, que je n'aurai pas un bon emploi)	I do not think positively about my future. (that I will find a partner, get a good job)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	J'ai des problèmes à m'endormir.	I have trouble falling asleep.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Je me réveille souvent durant la nuit ou trop tôt le matin.	I have trouble staying asleep or I wake up too early.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	J'ai du mal à me concentrer, à garder mon attention sur un sujet (à l'école, à la maison).	I have trouble concentrating or paying attention. (At school or at home).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Je me tiens sur mes gardes (je fais toujours attention pour les choses qui me font peur).	I am alert (always watching out or on guard for things that I am afraid of).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Je m'effraie très vite (par exemple quand j'entends des bruits ou quand quelque chose d'inattendu se passe).	I startle easily when I hear a loud sound or when something surprises me.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	J'ai souvent des bagarres avec des autres (par exemple avec ma famille, mes copains, mes professeurs).	I often have arguments with others (family, friends, and teachers).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	J'ai des explosions de colère (je me fâche tellement que je me mets à lancer des objets, je frappe, donne des coups de pied ou commence à crier)	I have angry outbursts. (So angry that I throw things, hit, kick, or scream.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe 3 : Stressful Life Events

Ci-dessous il y a une liste d'événements douloureux ou angoissants que les gens peuvent avoir vécus. Colorie en noir le rond correspondant à l'événement que tu as vécu toi même. Tu peux écrire des observations ou d'autres commentaires en bas de la page. Merci.

		Yes/ OUI	No/ NON
	Changements radicaux (importants) dans la situation familiale et le cercle de connaissances		
	Stressful life events concerning the family		
1	Est-ce qu'il y a eu un changement radical dans ta situation familiale <i>cette dernière année</i> ?	○	○
2	Est-ce que tu as été séparé de ta famille par des étrangers (par exemple par la police, des militaires ou des inconnus) sans que tu ne le veuilles?	○	○
3	As-tu perdu quelqu'un que tu aimais beaucoup?	○	○
	Maladies, accidents, désastres		
	Experiences with illness, accidents and disasters		
4	Est-ce que tu as été très malade, autant que ta vie était en danger?	○	○
5	As-tu été dans un grave accident (par exemple en voiture)?	○	○
6	As-tu été déjà confronté avec un désastre comme une inondation, un ouragan, un incendie, un tremblement de terre?	○	○
	Guerre		
	War		
7	Est-ce que tu as déjà vécu une guerre ou un autre conflit armé dans ton pays d'origine?	○	○
	Brutalités physiques / Abus sexuel		
	Physical and sexual mistreatment		
8	Est-ce que quelqu'un t'as frappé dur, donné des coups de pied durs, tiré dessus ou fait très mal d'une autre manière?	○	○
9	Est-ce que tu as déjà vu ceci se passer avec une autre personne 'en réalité' (donc pas à la télévision ou dans un film)?	○	○
10	Est-ce que quelqu'un à essayé de te toucher les génitaux ou t'as forcé à avoir des relations sexuelles avec lui ou elle?	○	○
	Autres		
	Other		
11	Est-ce que tu as déjà vécu un autre événement dans lequel tu pensais que ta vie était en danger?	○	○
12	Est-ce que tu as vécu un autre événement dans lequel tu pensais que la vie de quelqu'un d'autre était en danger?	○	○
13	Not listed above but you found the event very frightening / non mentionné, mais très angoissant à vivre:		

Comments/ Observations ou autres commentaires:

L'ÉTAT DE SANTE PSYCHIQUE DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS
Revue de la littérature et perspectives de recherche

RESUMÉ :

Les descriptions cliniques de la santé mentale des mineurs non accompagnés sont récentes dans la littérature médicale. Dans notre première partie, nous avons mené une revue de la littérature juridique dressant le cadre des conditions d'accueil de ces jeunes, tout en prenant soin de contextualiser les modifications du cadre légal en fonction des évolutions sociales et migratoires. Nous avons tenté de dégager les conséquences du cadre légal sur l'accueil, l'hébergement, la scolarisation et l'accès au soin des mineurs non accompagnés. Dans notre seconde partie, nous avons mené une revue narrative de la littérature médicale publiée entre 2000 et 2019, portant sur l'état de santé psychique des mineurs non accompagnés, notamment l'expression de leurs symptômes, les facteurs influençant la survenue d'une psychopathologie et les outils psychothérapeutiques étudiés. Dans un troisième temps, nous nous sommes attachés à décrire les limites de cette revue narrative de la littérature et à ouvrir des perspectives de recherches sur l'état de santé psychique des mineurs non accompagnés en France, à Toulouse notamment sur l'expression psychosomatique de la souffrance psychique à partir du dispositif de consultation conjointe somato-psychiatrique de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Toulouse.

TITRE EN ANGLAIS: Mental health of unaccompanied minors, literature review and research perspectives

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : mineurs non accompagnés, santé psychique, souffrance psychique, état de stress post-traumatique, psychosomatique, accès aux soins.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Nicolas VELUT