



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2017-2018**

Comment « prendre soin » des
mineurs non accompagnés ?

Maëlle GOURIFF

Août 2018

Remerciements

Je tiens à remercier toute l'équipe de l'Orspere-Samdarra pour l'accueil et la disponibilité qui favorisent la diffusion des connaissances et de l'expérience. Je remercie particulièrement Gwen Le Goff pour son écoute toujours attentive et soutenante. Je joins à cette attention Nicolas Chambon et Julia Maury de Feraudy, nos échanges ont enrichi ma réflexion.

Je remercie sincèrement Jean-Baptiste Combes et Fabienne Azzedine pour leur soutien chaleureux et leur extrême bienveillance tout au long de mon travail.

Mes remerciements se dirigent aussi vers Arnaud Campéon et Régine Mafféi pour l'organisation du master et leur disponibilité.

Je tiens également à remercier professionnels et bénévoles qui m'ont accordé de leur temps si précieux.

Merci Mélina, Hugo, Noëlie, Lisa, Yoann et Laurianne pour votre plus-value profondément amicale à cette formation. Il me tarde de vous croiser sur la « route professionnelle ».

Et merci à toutes les personnes qui m'ont soutenue de près ou de loin tout au long de l'année.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	3
Liste des sigles utilisés	5
INTRODUCTION	7
Contexte de la « commande »	7
Travailler sur les MNA dans le cadre du Master 2 PPASP.....	7
Travailler sur les MNA à l’Orspere-Samdarra	7
Travailler sur les MNA dans un contexte d’action publique « par les coûts »	9
Méthodologie	10
Élaboration de la question d’enquête.....	10
Choix du terrain d’enquête	11
Définition de la problématique du mémoire.....	12
Annonce du plan.....	12
Plusieurs échelles et cadre pluridisciplinaire.....	13
Précisions de lecture	14
PARTIE 1 : Du MNA au jeune vulnérable. Des pratiques d’accompagnement prises dans la catégorisation juridico-administrative des jeunes et leur besoin « d’être soigné »....	17
Chapitre 1 : Le mineur non accompagné, une simplification administrative qui éloigne un public de ses droits fondamentaux	18
1. Un cadre juridico-administratif de prise en charge complexe et défaillant	18
1.1. La complexité d’un cadre juridique de prise en charge.....	18
1.2. Le grand écart : des textes aux inégalités départementales.....	21
2. Un droit fondamental difficile d’accès : l’accès aux soins à l’épreuve du cadre juridique.....	30
2.1. Des droits en santé conditionnés à la prise en charge administrative	30
2.2. L’obstacle du consentement aux soins du représentant de l’autorité parentale.....	32
Chapitre 2 : Le jeune vulnérable, comment l’accompagner ?	33
1. Facteurs de vulnérabilité par une approche processuelle de la notion.....	34
1.1. Adolescence et précarité.....	34
1.2. Expliquer les migrations juvéniles pour appréhender l’accompagnement des jeunes	36
2. Un processus de fragilisation qui impacte l’état de santé global des jeunes	39
2.1. D’importants besoins de soins en santé	39

2.2.	Considérer la santé mentale pour appréhender l'interdépendance des vulnérabilités.....	41
------	--	----

PARTIE 2 : Enquête de terrain : Quelles formes d'accompagnement pour les jeunes vulnérables ? Une « prise en soin » invisible et fragile..... 45

Chapitre 1 : L'accompagnement des bénévoles et citoyens pour répondre aux besoins dans l'urgence..... 46

1.	Structuration de l'action citoyenne en soutien au MNA.....	47
1.1.	Dans l'urgence : l'émergence d'un réseau d'actions.....	47
1.2.	Quelles actions d'accompagnement ?.....	50
2.	Un rôle clé et fragile dans les parcours de soins des jeunes vulnérables.....	54
2.1.	Le bricolage d'un parcours de soins.....	54
2.2.	Des bénévoles en « face à face » avec la souffrance des jeunes.....	56

Chapitre 2 : Les professionnels de l'accompagnement médico-social face à des épreuves de professionnalités..... 58

1.	Empilement des facteurs de complexité et épreuves de professionnalité.....	59
1.1.	Du cumul des vulnérabilités des jeunes aux complexités d'accompagnement.....	59
1.2.	L'accompagnement des paradoxes : les épreuves de professionnalités.....	63
2.	Faire face en adaptant les pratiques ?.....	67
2.1.	Sortir de son cadre de travail : une forme de « prise en soin » invisible.....	67
2.2.	Faire face en partageant les épreuves.....	74

PARTIE 3 : Repenser les cadres d'action publique pour prendre soin au prisme des temporalités individuelles et institutionnelles ?..... 76

1. L'intérêt de penser la synchronisation entre les temporalités de l'individu et celles des dispositifs..... 76

1.1.	Le temps comme outil du thérapeute à l'écoute des rythmes individuels.....	76
1.2.	Un travail thérapeutique à l'épreuve des temporalités institutionnelles.....	78

2. Quels cadres d'action publique pour permettre ces synchronisations ? 79

2.1.	Faire état de la « crise de l'accueil »	79
1.2.	... pour interroger les modalités d'action publique ?	80

CONCLUSION..... 82

Bibliographie..... 83

Annexes..... 87

Annexe 1 : Terrain d'enquête..... 87

Annexe 2 : Guide des ressources dans le cadre du stage..... 89

Liste des sigles utilisés

ADF : Assemblée des départements de France

AME : Assurance médicale d'État

AMIE : Accueil des Mineurs Isolés Étrangers (collectif AMIE)

ASE : Aide sociale à l'enfance

Ciadde : Collectif inter-associatif de défense des droits des étrangers

Cide : Convention Internationale des droits de l'enfant

CASO : Centre d'accueil, de soins et d'orientation

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

JE : Juge des enfants

LDH : Ligue des Droits de l'Homme

MAE : Mesure d'assistance éducative

MDA : Maison des adolescents

Mdm : Médecins du monde

MEOMIE : Mission d'Évaluation et d'Orientation des Mineurs Isolés Étrangers

MIE : Mineur isolé étranger

MNA : Mineur non accompagné

OPP : Ordonnance provisoire de placement

PAF : Police aux frontières

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

Puma : Protection universelle maladie

RESF : Réseau Éducation Sans Frontières

SDN : Société des Nations

INTRODUCTION

Contexte de la « commande »

Travailler sur les MNA dans le cadre du Master 2 PPASP¹

Ce travail de réflexion autour du « prendre soin des MNA » s'inscrit dans la finalisation du master 2 PPASP. L'objectif de la formation est d'acquérir des connaissances et savoir-faire associés aux fonctions de pilotage et de coordination des politiques territoriales de santé. La formation se veut professionnalisante en conjuguant apports théoriques et outils pratiques. J'ai donc appréhendé ma réflexion sur les mineurs non accompagnés (MNA²) avec le cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé. C'est pour cette raison que même si l'accompagnement des MNA doit être pensé globalement, je propose dans ce mémoire une approche par les besoins en soins de santé et en santé mentale. Ce point de départ rejoindra de fait un raisonnement sur l'accompagnement global et une réflexion sur le soin qui vient enrichir les apports de ma formation. Cette approche me permettra notamment de soutenir la singularité de chaque jeune³ derrière la catégorie de MNA. Aussi, le cadre du master PPASP m'invite à poser un double regard sur la problématique : le premier sur le cadre de prise en charge et l'autre sur les pratiques. Ce travail s'efforcera de lier ces deux perspectives.

Travailler sur les MNA à l'Orspere-Samdarra

Pour finir ce master, je commence en février 2018 un stage à l'Orspere-Samdarra⁴. Le réseau Samdarra émerge en 2007 d'une recherche-action sur la santé mentale des demandeurs d'asile de l'Orspere (Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion) créé dans les années 1990 par un psychiatre et un sociologue. En 2013, l'Orspere et le réseau Samdarra fusionnent pour former un observatoire national qui s'intéresse aux liens entre les questions de santé mentale et problématiques sociales, hébergé par le Centre Hospitalier Le Vinatier et dirigé par un médecin psychiatre. Aujourd'hui, la structure est représentée par une équipe pluridisciplinaire qui comprend un pôle recherche et un pôle ressource. Les recherches de l'Orspere-Samdarra soutiennent les thématiques de l'habitat, des précarités/vulnérabilités, des migrations et de la démocratisation du champ de la santé mentale. L'objectif est de documenter, caractériser, problématiser l'évolution des publics et enjeux de

¹ Master 2 Professionnel Pilotage des politiques et des actions en santé publique (École des Hautes Études en Santé Publique).

² Une liste des sigles est proposée à la page 7.

³ MBONDO Joseph, « C'est ça, une histoire vraie d'un garçon du Cameroun », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 96, no. 2, 2017, pp. 199-213.

⁴ Toutes les informations sur le site de l'Orspere-Samdarra : URL : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>

l'exercice des différents métiers qui les entourent. Le pôle ressource vise à répondre aux sollicitations des professionnels et bénévoles sur ces thématiques de recherche. Les deux pôles sont complémentaires et l'ensemble de l'équipe contribue relativement selon les projets de chacun aux deux pôles. Afin de soutenir les acteurs de différents champs (professionnels soignants, travailleurs sociaux, juristes, universitaires et étudiants, acteurs institutionnels), l'Orspere-Samdarra fait ressource en diffusant ses publications (revue Rhizome, réalisations de films pédagogiques, de plaquettes informatives entre autre) et en proposant des espaces de formation et de soutien aux pratiques (diplôme universitaire, journées d'études, séminaires cliniques, formation des interprètes, permanence téléphonique). Si les travaux de l'Orspere-Samdarra ont une portée nationale, notamment par le biais de la revue Rhizome, la structure s'ancre aussi dans son territoire en promouvant la coordination des acteurs. Ainsi un comité technique se réunit approximativement de manière trimestrielle pour faire une actualisation de la thématique migration sur le territoire régional, une coordination santé mentale migrants Rhône est portée par l'Orspere-Samdarra avec ses partenaires et le lancement d'une coordination santé mentale exil Drôme-Ardèche est soutenu pendant mon stage. Mon inclusion dans cette équipe fut donc un cadre propice pour appréhender de manière complète le croisement des thématiques santé mentale et migration qui constituait la motivation principale de ma demande de stage à l'Orspere-Samdarra.

L'Orspere-Samdarra a travaillé sur les MNA (à l'époque les MIE) en 2014-2015 en organisant un séminaire de réflexion sur ce public dont les résultats ont pu être présentés lors d'une journée d'étude le 11 juin 2015. La problématique se réinvite dans les missions de l'Orspere-Samdarra en 2018 dans les coordinations santé mentale migrants Rhône. Il convient de s'attarder un instant sur ces coordinations tant elles constituent une partie essentielle du terrain de ce mémoire. La coordination est née en 2011 dans le but d'offrir un espace d'échanges et de réflexions pour soutenir les pratiques, partager des initiatives locales, valoriser celles qui fonctionnent et faire du lien entre les acteurs concernés afin de permettre une meilleure connaissance du réseau et de ses ressources. Les coordinations santé mentale migrants rassemblent pendant une après-midi des professionnels du département. Elles proposent un thème de réflexion connu à l'avance. Un intervenant prend la parole en début de coordination pour présenter un dispositif ou un aspect spécifique d'une problématique. Une intervention qui sert de terreau pour alimenter ensuite une réflexion commune sur la thématique. Elles sont portées par l'Orspere-Samdarra en partenariat avec Médecins du Monde (Mdm), la coordination régionale des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et le centre de santé Essor de Forum Réfugiés. Fin 2017, les partenaires se réunissent donc pour prévoir le programme de 2018. Le choix de la thématique des MNA résulte des remontées de terrains dont ils ont eu échos. De nombreuses difficultés d'accès aux soins pour les mineurs non accompagnés et une forte mobilisation de la société civile témoignent en effet de la pertinence de se réunir. Cinq rencontres sont prévues en 2018 : dans le cadre de ce stage, je pourrai

assister aux trois premières⁵ (co-animées par la psychologue coordinatrice de l'Orspere-Samdarra et la coordinatrice régionale des PASS) qui seront utilisées comme matériau dans le travail de ce mémoire.

Gwen Le Goff, directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra et Nicolas Chambon, sociologue responsable du pôle recherche me proposent alors comme objet de stage, une réflexion en marge de ces coordinations, sur la prise en charge en santé mentale des MNA. Point de départ du stage et du mémoire.

Travailler sur les MNA dans un contexte d'action publique « par les coûts »

Avant d'exposer le cheminement méthodologique qui a guidé ce travail, je tiens à faire un détour par le contexte général de la réflexion. Le 17 mai 2018, le bureau de l'Assemblée des départements de France (ADF) rédige dans un communiqué de presse qu'il accepte la proposition du gouvernement relative aux MNA. Il s'agit d'une augmentation de la participation financière de l'État à la phase d'accueil et d'évaluation. Le communiqué précise que « les membres du bureau ont regretté que cette proposition ne soit pas à la hauteur des attentes des départements et notamment de la charge financière qu'ils assument (1,25 milliards d'euros en 2017) ». Il peut aussi être regretté que le débat se situe encore sur la charge financière que représente les MNA. « Encore » car en 2012, Jean François Martini⁶ dénonçait déjà les discours évocateurs d'une « charge » pour les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Une charge qu'il relativisait dans le budget total de l'ASE en 2011. En 2018, Sophie Hassid⁷ affirme que « les coûts dictent la politique » en relativisant aussi la « problématique MNA » au regard du nombre total des enfants pris en charge par l'ASE : en 2016, selon l'Observatoire National de l'Action Sociale, « sur 320 000 enfants pris en charge par l'ASE, seuls 18 000 étaient des Mineurs Isolés Étrangers (MIE) ». Au regard de l'ancienneté de cette « partie de ping-pong⁸ » pour « ne pas prendre en charge les MNA⁹ », il convient de constater que le prisme financier pour discuter la protection de l'enfance n'a pas fait ses preuves¹⁰. D'où la pertinence de penser l'action publique envers ces jeunes à partir d'eux et des personnes qui les accompagnent en France, davantage que de l'estimation du coût de leurs prises en charge. Néanmoins, j'ai compris au long des six derniers mois combien les aller-retours entre le cadre de prise en charge et le terrain permet de justifier l'importance de la considération des jeunes

⁵ Voir : Annexe 1

⁶ MARTINI Jean-François, « Mineurs étrangers : le tri qui tue », *Plein droit*, vol. 92, no. 1, 2012, pp. 11-15.

⁷ « Entretien avec Sophie HASSID », *Écartés d'identités*, n°129, janvier 2018, p.38.

⁸ JACOB Marie. « La question des mineurs étrangers non accompagnés... pour la protection de l'enfance et le risque de bascule déontologique de l'ase », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 96, no. 2, 2017, pp. 283-300.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Avis du Défenseur des droits n°17-10, 11 octobre 2017.

dans l'action publique dont ils sont destinataires. Si je me permets cette précision en introduction, c'est parce qu'elle teintera sensiblement le déroulement du mémoire.

Méthodologie

C'est donc entre mon point de vue d'étudiante du master PPASP, ma position de stagiaire à l'Orspere-Samdarra et le contexte dénoncé trivialement en introduction que mon travail a pris forme jusqu'à l'aboutissement de ce mémoire. Mon cheminement méthodologique a évolué dans le temps et était dépendant des apprentissages progressifs sur la thématique.

Élaboration de la question d'enquête

Mon premier mois dans la structure de stage s'est traduit par une découverte de la « problématique » par des lectures. J'ai pu prendre connaissance des travaux déjà effectués par ma structure d'accueil sur les MNA, notamment l'article « Les mineurs étrangers isolés : une catégorie, des usagers, des intervenants¹¹ » qui dresse efficacement les dimensions problématiques de l'accompagnement de ce public. Il me semble alors que les professionnels doivent composer entre une prise en charge conditionnée au statut administratif et des questionnements sur le psychisme des jeunes entre l'enfance et l'âge adulte, en exil et potentiellement victime de traumatisme. Je me documente alors sur le cadre légal de prise en charge des MNA en parcourant le site InfoMIE¹² et plusieurs rapports¹³ en attribuant une attention plus spécifique aux questions relatives à l'accès aux soins¹⁴. J'appréhende alors la complexité du sujet que je ne connaissais quasiment pas jusqu'alors. Du fait de ma posture d'étudiante en master 2 PPASP, j'imaginai orienter mon travail vers problématiques d'orientation en santé mentale pour les MNA dans le cadre de leurs parcours de soins sur la Métropole de Lyon...

La première coordination santé mentale migrants après un mois de stage le 20 mars 2018 a permis un premier contact indirect avec le terrain. La rencontre intitulée « Quelle prise en charge de la santé mentale des mineurs étrangers non accompagnés sur le territoire du Rhône et de la Métropole ? » proposait en effet de faire un « état des lieux » de la situation sur le territoire. Ce choix répondait à l'importance de permettre aux acteurs de se présenter, de présenter leur structure ou leur dispositif en précisant comment, par qui, et pourquoi chacun est mobilisé autour des MNA. Cette rencontre a réuni des champs très divers de l'action publique et un grand nombre de bénévoles. J'ai également pu prendre conscience des tensions que pouvait susciter la prise en

¹¹ CHAMBON Nicolas, CARBONEL Natacha, FOUCHE Matthieu, « Les mineurs étrangers isolés : une catégorie, des usagers, des intervenants », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 130, no. 2, 2016, pp. 94-100.

¹² Le site InfoMIE est présenté sur leur plaquette, [En ligne], consulté le 31 juillet 2018. URL : http://www.infomie.net/IMG/pdf/infomie_plaquette.pdf.

¹³ ONPE 2017, Sénat 2017, Anesm 2017 dans un premier temps.

¹⁴ Médecins du monde, « L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France. Cadre légal et dysfonctionnements », 2017.

charge des MNA à l'échelle locale et de l'importance de l'actualité de la problématique sur le territoire. Pour faciliter la compréhension de ce travail, je me permettrai donc de consacrer un encadré (en ouverture de la partie 2) à un résumé du contexte territorial. Il sera de préciser au lecteur que les propos utilisés sont tous à replacer dans leurs contextes temporels mais aussi spatiaux (échanges en coordination ou entretien bilatéral) et n'ont donc pas vocation à s'inscrire dans le temps. Ils servent simplement une réflexion à un moment T. Je comprends aussi lors de cette rencontre que de nombreux bénévoles interviennent dans l'accès aux soins des jeunes et je souhaite alors m'intéresser aux relations entre professionnels et bénévoles pour accompagner les jeunes dans leurs parcours de soins. La question qui orientera donc ma recherche de terrain est la suivante : « Comment bénévoles et dispositifs de soins s'organisent, travaillent ensemble – ou non - pour répondre aux besoins en santé mentale des MNA ? ».

Choix du terrain d'enquête

Pour répondre à cette question, je souhaite m'intéresser à l'insertion des bénévoles dans le parcours de soin des MNA. Ce choix implique un centrage sur les jeunes écartés de la protection des services de l'ASE. En effet, les bénévoles accompagnent les jeunes en attente d'évaluation, les jeunes refusés par les services de la Métropole, en procédure de saisine du juge des enfants, en procédure d'appel de décision du juge des enfants, et aussi les jeunes acceptés et placés à l'hôtel, isolés et éloignés de tout dispositif d'accompagnement socio-éducatif¹⁵. Ainsi j'ai choisi d'effectuer des observations participantes au sein des permanences proposées par le collectif de bénévoles AMIE¹⁶. A la suite de chaque permanence¹⁷, je reprenais les notes de mon carnet de bord pour écrire des sortes d'ethnographies de ces sept matinées. Elles m'ont permis de poser le vécu sur un support pour en prendre un recul nécessaire avant de me replonger dedans plus tard lors de l'analyse de ces observations participantes. Un autre temps de recul m'a d'ailleurs été nécessaire à la fin de ma « période d'enquête ». En effet, ce terrain d'observation était très dense et envahissant mais il m'a permis de rencontrer les jeunes.

Dans un même temps, je pouvais estimer, grâce à la coordination du 20 mars, que la plupart de ces jeunes étaient essentiellement reçus par les médecins de la PASS généraliste de l'Hôpital Édouard Herriot, de la PASS pédiatrique de l'Hôpital Femme Mère Enfant et par le Centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde. Ceci a orienté le choix de mes entretiens¹⁸. J'ai donc réalisé neuf entretiens semi-directifs. J'ai également utilisé comme matériaux le cadre d'échanges que m'offraient les coordinations santé migrants Rhône présentées précédemment. Lors de ces coordinations, bénévoles et acteurs de dispositifs de soins accueillant les jeunes écartés

¹⁵ Les différentes situations seront explicitées au prisme de la procédure d'admission à l'ASE dans la partie 1.

¹⁶ Le collectif AMIE fera l'objet du chapitre 1 de la deuxième partie.

¹⁷ Voir : Annexe 1.

¹⁸ Voir : Annexe 1.

de la protection de l'ASE échangeaient avec des professionnels de dispositifs de l'ASE accompagnant des jeunes placés. Dès lors, j'ai le sentiment de devoir choisir de quels MNA je vais parler ? Dit rapidement : des primo-arrivants ou de ceux placés à l'ASE. Or, si ce placement a pour conséquence d'atténuer les difficultés d'accès aux soins par une plus grande effectivité des droits, les professionnels témoignaient cependant de difficultés similaires quant aux réflexions sur leurs postures et sur comment penser l'accompagnement global des MNA. En outre, au gré de mes lectures que je poursuis en parallèle, je saisis qu'il s'agit des mêmes jeunes évidemment et que les problématiques rencontrées avant ou pendant une prise en charge par l'ASE invitent à la même réflexion sur l'accompagnement des MNA.

Mon terrain d'enquête est donc délimité par les modalités présentées dans l'annexe 1 mais l'ensemble du travail s'est également nourri du cadre de stage très riche que proposait l'Orspere-Samdarra¹⁹.

Définition de la problématique du mémoire

Je décide donc d'utiliser le terrain d'enquête et l'approche par les besoins en santé et santé mentale pour interroger l'accompagnement global des MNA. Je me demande alors si le cadre actuel de la protection de l'enfance permet de soigner les MNA ? Comment la souffrance psychique est-elle considérée dans ce cadre ? Je propose finalement une problématique plus large qui me permettra d'intégrer plusieurs échelles d'analyse et de réflexion.

Comment soigner les « MNA » ? Que recouvre la notion de « soin » auprès de ces « jeunes vulnérables » ?

Aborder les besoins en santé et santé mentale des MNA et leurs difficultés à trouver une réponse adaptée permet en effet d'interroger plus largement ce que la notion de « soin » recouvre auprès de ce public. La notion de soins s'invite ainsi dans l'accompagnement socio-éducatif et administratif. Elle me permet de mobiliser des travaux relativement liés aux théories du *care* comme cadre analytique de ce mémoire car le *care* « relève à la fois de la sphère du souci des autres ou de la sollicitudes (domaine de l'attention aux autres) et de la sphère du soin (ensemble de pratiques qui mettent l'accent sur les activités de soutien)²⁰ ».

Annonce du plan

Ce cadre me permet de proposer une réponse à cette problématique à l'aide de deux premières parties aux logiques distinctes.

¹⁹ L'annexe 2 expose l'ensemble des ressources dont j'ai pu bénéficier en plus de l'accès à mon terrain d'enquête.

²⁰ BRUGÈRE Fabienne, « Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? », *Cahiers philosophiques*, 2014/1 (n° 136), p. 58-68.

En effet, la première partie utilise la perspective du droit pour montrer en quoi celle-ci ne permet pas de répondre aux besoins qu'appellent les vulnérabilités des jeunes. Elle m'invite ainsi à discuter la pertinence de la catégorie administrative de « Mineur Non Accompagné » aux yeux des acteurs de première ligne. Cette première partie a été construite au prisme de l'affirmation de Julie A. White et Joan C. Tronto, théoriciennes du *care*, selon laquelle « la perspective de la justice, fondée sur des droits, est inadaptée, car en réalité son universalité présumée est contredite par le fait que les droits restent en réalité inaccessibles à de nombreuses personnes²¹ ». Dans le cas de l'accès aux soins des migrants, il a déjà été montré que l'accès aux soins ne signifiait pas l'effectivité et la qualité des soins²².

Le premier chapitre exposera donc les faiblesses du dispositif (dans sa nature complexe et dans la mise en pratique) et le second chapitre justifiera de l'approche par les vulnérabilités plus opérante pour les accompagnants que la catégorie administrative.

Parler ainsi de « jeunes vulnérables » me permettra d'exposer ensuite un deuxième axe de réponse à la problématique. Dans le cadre de travail présenté en partie 1, des accompagnants (bénévoles et professionnels) rencontrent les vulnérabilités des jeunes. Des vulnérabilités qui motivent les bénévoles à redoubler d'efforts pour accompagner les jeunes en prenant le risque d'un excès de sollicitude. Des vulnérabilités qui mettent les professionnels à l'épreuve pour pouvoir proposer des réponses. Dans les deux cas, un travail conséquent est produit pour « prendre soin », un travail de *care* invisibilisé et précarisé par sa non considération par le cadre de prise en charge. La mise en lumière de ce terrain me permet de montrer que les acteurs de terrains sont prêts pour prendre soin des jeunes.

Avec ces deux approches j'aurai ainsi montré que le contexte actuel ne prend pas soin des MNA. J'aurai donc esquissé les pistes de « progression » possibles pour l'action publique pour « prendre en soin » - et non plus « prendre en charge » les MNA. La dernière partie nous permettra de lier les deux premières en interrogeant de manière spéculative le « prendre soin » de ce public. Je montrerai trivialement comment un regard sur les temporalités peut interroger nos modalités d'action publique pour proposer au-delà d'un accueil par le soin, d'un soin par l'accueil qui nous inviterait à accompagner les jeunes vulnérables au rythme de leur temporalité psychique et non de l'âge que l'administration veut bien leur reconnaître.

Plusieurs échelles et cadre pluridisciplinaire

La démarche utilisée ne suit pas une logique linéaire : question de recherche, analyse de matériaux, restitution des résultats. Ma compréhension de la problématique s'est faite au gré des

²¹ WHITE Julie A, TRONTO Joan C, « Les pratiques politiques du *care* : les besoins et les droits », *Cahiers philosophiques*, 2014/1 (n° 136), p. 69-99.

²² COGNET Marguerite, GABARRO Céline, ADAM-VÉZINA Émilie, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & Migrations*, 2009/6 (n° 1282).

nombreux aller-retours entre le cas lyonnais, mes lectures et mes rencontres parallèles. Si l'on répète sans cesse que les conditions de vie des MNA varient d'un département à l'autre²³, j'ai pu reconnaître dans des lectures ou échanges mettant en avant d'autres départements les mêmes difficultés dans l'accompagnement de ces jeunes. Ainsi je m'autorise de mobiliser de nombreux articles d'expériences, notamment franciliennes, pour étayer ma réflexion. Ces lectures me permettent de combler les lacunes de mon travail. Je regrette en effet de ne pas avoir pu effectuer d'observations dans les PASS et au CASO de Médecins du monde pour davantage renseigner les modalités de collaboration entre bénévoles accompagnants et acteurs prodiguant des soins.

Par ailleurs, ma formation me permet de conférer sur ce sujet ni un regard de professionnel soignant ou social, ni un regard de sociologue, ni celui d'un juriste. Le fait d'avoir bénéficié d'une formation plus généraliste avec un regard attentif sur l'action publique m'oriente de fait vers cette réponse sur le « soin » apporté aux jeunes *via* un détour par le cadre dans lequel il peut ou ne peut pas être prodigué, permettant ensuite d'ouvrir une réflexion plus large en troisième partie. En effet, si mon « cadre de formatage » me semblait être une faiblesse pour suivre les échanges passionnants entre mes collègues sociologues et psychologues, il me permet de fournir des réponses qui mobilisent une formation pluridisciplinaire. En outre, mes échanges avec l'équipe de l'Orspere-Samdarra m'ont ouvert des perspectives pour interroger le soin.

Enfin je me permets d'évoquer ma sensibilité au sujet de ce mémoire. Elle fut force ou faiblesse dans ce travail. Faiblesse car elle m'a prise au dépourvu, elle a pu ralentir ma progression et influencer mes jugements, mes choix, ou mes propos. Et peut-être force car elle m'a permis d'appréhender les épreuves rencontrées par les acteurs de terrain et me permettre de parler de ce sujet avec un peu plus d'assurance.

Précisions de lecture

Cette introduction générale et les introductions de partie viennent servir la présentation méthodologique et le fil conducteur de mon raisonnement qui a construit ce mémoire. J'utilise alors la première personne du singulier qui sera reprise pour la conclusion. Pour le développement j'utiliserai la première personne du pluriel.

L'identité des personnes rencontrées sur le terrain dont les propos seront utilisés est anonymisées dans cette restitution. Les noms des bénévoles et jeunes rencontrés sont remplacés. Concernant les professionnels, la fonction sera préservée dans la mesure où elle influe sur la compréhension des propos.

²³ Ce que j'expliquerai dans la première partie.

Enfin, ce travail proposera donc une réflexion sur la catégorisation du public qui défendra sa singularisation. C'est alors peut-être de façon un brin provocatrice que je m'autorise à ne pas proposer de définition type des MNA ou un paragraphe qui demanderait « qui sont les MNA ? ». Si ce mémoire expose essentiellement le tableau d'un public vulnérable, je tiens à préciser que c'est bien dans le cadre d'une approche réflexive sur le « prendre soin » et non ma définition du public. Je crois que le mieux pour savoir qui ils sont, reste d'aller les rencontrer.

PARTIE 1 : Du MNA au jeune vulnérable. Des pratiques d'accompagnement prises dans la catégorisation juridico-administrative des jeunes et leur besoin « d'être soigné »

Pour répondre à ma problématique qui se demande comment soigner les MNA, mon premier réflexe fut celui de connaître le ou les dispositifs qui leur permettent d'accéder aux soins. De prime abord, je plaçais derrière la notion de « soins », les soins de santé et les actes médicaux qui permettent de répondre à des besoins de santé, j'y incluais également les suivis psychiatriques ou psychologies pour répondre à des besoins en santé mentale. J'ai donc cherché à comprendre les parcours de soins possibles pour les MNA. Je me suis alors heurtée au cadre juridico-administratif dans lequel la santé des MNA peut être prise en charge. Celle-ci m'est alors apparue comme une des composantes « comprises » dans la protection globale à laquelle les mineurs en danger ont droit au titre des droits de l'enfant. J'ai pu appréhender tout au long de mon stage, via lecture et sur le terrain la complexité de ce dispositif et ses faiblesses qui laissent des jeunes en besoins de protection livrés à eux-mêmes. Le premier chapitre de cette partie vise ainsi à rendre compte de « l'échec » de la logique du droit pour prendre soin des MNA. Un focus sera fait sur les difficultés d'accès aux soins induites par les faiblesses du dispositif de protection de l'enfance.

Ce chapitre s'appuie essentiellement sur de la littérature grise et sur deux entretiens. J'ai en effet eu l'occasion d'interroger un juriste expert²⁴ du dispositif de prise en charge des MNA. Cet entretien fut précieux pour lier la théorie des dispositifs aux principes sur lesquels ils sont construits, ce qui permet de mieux saisir la valeur de l'écart entre la théorie et la pratique. Les propos éclairant du juriste seront donc utilisés²⁵ pour expliciter ces écarts. Les éléments de seconde section du chapitre sur les difficultés d'accès aux soins m'ont été présentés grâce à un entretien avec la coordinatrice régionale des PASS qui bénéficie des remontées des équipes de terrain confrontées à ces problématiques.

L'inclusion de la santé dans la protection globale des jeunes m'a rapidement invitée à considérer la santé dans une vision globale. Ainsi le chapitre 2 ne se limite pas aux besoins de santé des jeunes, mais à leurs besoins de protection au prisme de vulnérabilités cumulées dans lesquelles s'inscrivent des besoins en santé et donc de soins comme je le comprenais au début, et une attention particulière à la complexification des accompagnements face aux souffrances psychiques. Le degré de complexité des tableaux de vulnérabilités que les jeunes peuvent afficher ne sont pas

²⁴ Entretien 3 : L'expertise dont je parle est justifiée par une dizaine d'année d'expérience au sein de France Terre d'Asile en région francilienne.

²⁵ J'introduirai ses propos en utilisant « le juriste ».

pensés dans la catégorisation de « MNA » qui n'est pas opérante pour les accompagnants de terrain qui préfèrent « prendre soin » d'adolescents vulnérables.

Ce chapitre repose essentiellement sur des lectures et notamment celle du numéro 96²⁶ de la Revue de l'enfance et de l'adolescence consacré à l'« Adolescence en exil : les parcours pluriels et singuliers des mineurs non accompagnés. Récits, réflexions et pratiques autour d'une situation paradoxale » qui offre une vue saisissante sur les vulnérabilités des jeunes adolescents.

En affirmant que la logique de justice ne parvient pas à protéger les MNA et en lui préférant une approche par la considération des vulnérabilités des jeunes, cette partie inscrit d'emblée ma position dans les perspectives des théories du *care*.

Chapitre 1 : Le mineur non accompagné, une simplification administrative qui éloigne un public de ses droits fondamentaux

La première section du chapitre s'appliquera à montrer la complexité du cadre juridico-administratif qui éloigne les principes fondamentaux au niveau international des réalités de leur application par le dispositif administratif de prise en charge à l'échelle départementale. La seconde section fera un focus sur les obstacles que ce cadre complexe peut poser pour l'accès aux soins.

1. Un cadre juridico-administratif de prise en charge complexe et défaillant

1.1. La complexité d'un cadre juridique de prise en charge

Commençons par mettre en lumière les différentes échelles et leurs implications dans la structuration de la protection de l'enfance en France.

1.1.1. L'intérêt supérieur de l'enfant dans le droit international

La conscience des Droits de l'enfant apparaît après la première guerre mondiale. Elle aboutit à la Déclaration de Genève sur les Droits de l'enfants en 1924 adoptée par la Société des Nations (SDN). Son préambule avance que « l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur²⁷ » et ses cinq articles mettent en avant leurs droits fondamentaux au développement, à l'assistance, aux soins, au secours et à la protection. En 1959, l'ONU adopte la Déclaration des Droits de l'enfant qui pose un consensus international sur les principes fondamentaux des Droits de l'enfant²⁸. Toutefois, le premier texte international à valeur contraignante est la Convention internationale des droits de l'enfant (la Cide), ratifiée par la France le 7 août 1990. La convention qualifie les Droits de l'enfant comme des droits humains et spécifie des droits adaptés aux enfants considérant le

²⁶ Revue de l'enfance et de l'adolescence, 2017/2 (n° 96).

²⁷ Préambule de la Déclaration de Genève, 26 septembre 1924.

²⁸ Déclaration des Droits de l'Enfant, 1959.

caractère vulnérable²⁹ de l'enfant. Le texte définit un enfant comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». Cette définition de l'enfance au critère de minorité légale fait entrer dans le cadre de la protection de l'enfance la période de l'adolescence (sans considérer que l'adolescence peut perdurer sous certaines formes au-delà des 18 ans). Son article 2 énonce que « les États parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation ». Ensuite, l'article 3 pose le principe de « l'intérêt supérieur de l'enfant » puisque celui-ci doit être la « considération primordiale » des « décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs ». Enfin, l'article 20 pose que « tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, [...] a droit à une protection et une aide spéciale de l'État » qui « prévoi[en]t pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale ». Il appartient donc aux États parties d'organiser la protection des enfants privés de leur milieu familial selon leurs législations nationales en vue de leur garantir leurs droits fondamentaux.

La directive européenne 2011/95/UE rappelle cet intérêt supérieur (à l'article 20) et pose une définition juridique au public qui nous intéresse à l'article 2: un mineur non accompagné est « un mineur qui entre sur le territoire des États membres sans être accompagné d'un adulte qui est responsable de lui, de par le droit ou la pratique en vigueur dans l'État membre concerné, et tant qu'il n'est pas effectivement pris en charge par une telle personne ; cette expression couvre aussi le mineur qui a été laissé seul après être entré sur le territoire des États membres ». C'est pour s'aligner sur ce texte que la France abandonne avec la loi de 2016 relative à la protection de l'enfance, la catégorisation MIE courante depuis le début des années 2000, critiquée du fait de sa considération du critère d'extranéité, au profit de celle de MNA. Mon intérêt ici ne réside pas dans le débat sur une bonne ou mauvaise dénomination mais simplement de poser que dans les deux cas il s'agit de catégories administratives que nous discuterons ultérieurement.

Ce cadre juridique international - théoriquement protecteur - posé, il appartient donc aux États de protéger tout enfant qui renvoie aux notions de minorité et d'isolement. Ils ont la responsabilité

²⁹ Le caractère vulnérable que représente l'enfance et l'adolescence sera appréhendé comme un des éléments de la complexe vulnérabilité des MNA dans le second chapitre de cette partie.

de structurer, d'organiser et de mettre en œuvre l'action publique vers ces jeunes. Voyons à présent le cadre national dans lequel la France organise cette protection.

1.1.2. En France, une prise en charge possible dans le cadre de la protection de l'enfance

La prise en charge des MNA en France s'inscrit dans le cadre de la protection de l'enfance. Ce cadre est posé par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance qui rappelle que « [...] la protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge ». Ainsi les MNA relèvent de la protection de l'enfance dont la compétence est départementale *via* les services de l'ASE.

La circulaire du 31 mai 2013³⁰ relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers, instaure un parcours de prise en charge national pour les MNA dans le but d'harmoniser la phase d'évaluation³¹, une répartition nationale³² des mineurs admis à l'ASE et la modalité d'une participation financière de l'État³³. Si cette circulaire n'est pas le cadre légal de référence du dispositif actuel, elle en pose les bases. En effet, ce dernier est désormais inscrit dans la loi de 2016³⁴, complétée par des textes réglementaires³⁵. Une circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 vient également préciser la mobilisation des services de l'État auprès des conseils départementaux. Il y est inscrit que « l'État intervient dans ses domaines de compétence notamment la santé et l'éducation. Il intervient également à la sortie du dispositif de protection de l'enfance lorsque le jeune devient majeur ». La circulaire rappelle ainsi le rôle des services déconcentrés de l'État pour accompagner les départements dans leur mission de prise en charge des MNA. Précisons enfin que dans le droit national, les mineurs ne sont pas tenus d'avoir un titre de séjour, ce qui invalide *de facto* les expressions telles que « mineur en situation irrégulière », « mineur sans papiers », *et cætera*.

Cette configuration rejoint selon nous ce qu'Anne-Cécile Hoyez présente comme une « logique multiscalaire » qui implique une « multiplication des niveaux d'intervention et de la décision qui s'y

³⁰ Circulaire du 31 mai 2013, « Circulaire relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation », parfois dite « Circulaire Taubira ».

³¹ Nous reviendrons sur ce parcours d'entrée dans le dispositif de l'ASE ultérieurement.

³² Malgré la conscience de son importance, nous choisissons de ne pas traiter les enjeux relatifs à la répartition nationale, considérant qu'ils font moins échos aux réflexions sur la catégorisation du public et aux pratiques concrètes d'accompagnement.

³³ France terre d'asile, « L'accueil et la prise en charge des mineurs isolés étrangers en France », octobre 2017, p. 14.

³⁴ Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

³⁵ Le décret du 24 juin 2016 relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluations, l'arrêté du 28 juin 2016 relatif aux modalités de calcul de la clé de répartition, des orientations et l'arrêté du 17 novembre 2016 relatif aux modalités d'évaluation.

rattachent » quand elle parle du recours aux soins des migrants³⁶. Ainsi, l'accompagnement et le soin des MNA se situe aux interstices des politiques de la protection de l'enfance, du droit des étrangers et des politiques de santé. La géographe explique que ces domaines sont mis « en tension entre prérogatives supranationales, politiques nationales et actions locales ». La prise en charge des MNA doit en effet respecter des principes posés par le droit international et européen. Son organisation administrative opère à l'échelle départementale selon un cadre législatif national de la protection de l'enfance en intégrant des services déconcentrés de l'État. En outre, en cas d'exclusion des dispositifs de l'ASE et à l'atteinte de la majorité, les MNA relèvent de la compétence étatique dans le cadre du droit des étrangers. Cette complexité construit un cadre propice aux inégalités territoriales pour la protection de l'enfance, c'est ce que nous allons voir à présent.

1.2. Le grand écart : des textes aux inégalités départementales

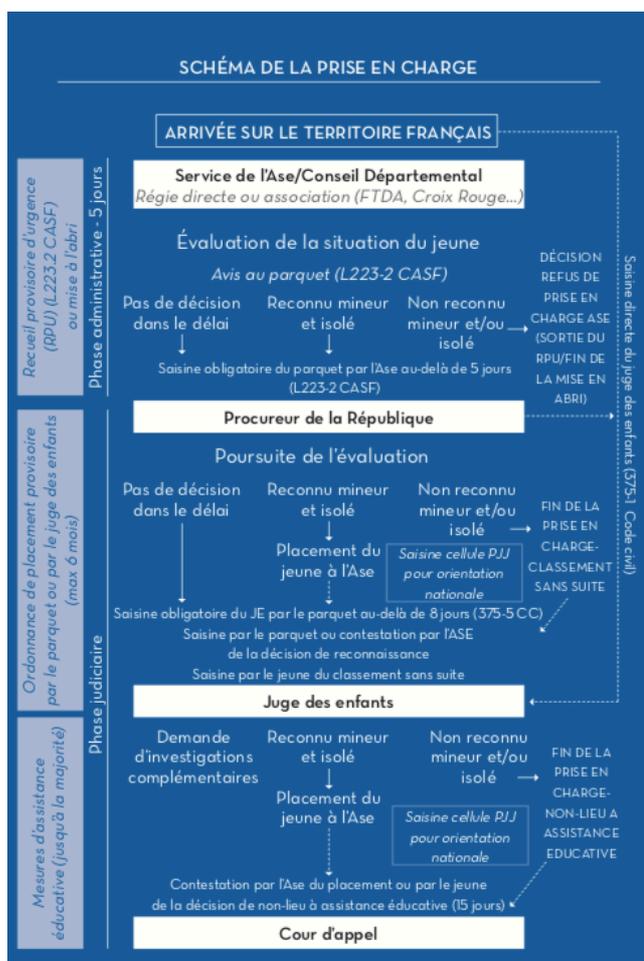
La décentralisation de la compétence de la protection de l'enfance à l'échelle départementale induit une multiplicité des politiques d'accueil et d'organisation de la protection de l'enfance sur le territoire national. Selon les politiques et en fonction des moyens alloués par les conseils départementaux, l'accueil des MNA sera ainsi très variable d'un département à l'autre.

1.2.1. *Le dispositif théorique : du paradoxe de la catégorie de MNA pour entrer dans la protection de l'enfance*

Le dispositif d'entrée à la protection de l'enfance peut être appréhendé à l'aide de schémas³⁷.

³⁶ HOYEZ Anne-Cécile, « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Cybergeo : European Journal of Geography* [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 566, mis en ligne le 21 novembre 2011, consulté le 12 juillet 2018. URL : <http://journals.openedition.org/cybergeo/24796> ; DOI : 10.4000/cybergeo.24796

³⁷ Nous recommandons (en plus du schéma présenté à la page suivante), le schéma disponible sur le site InfoMIE : https://www.infomie.net/IMG/pdf/schema_dispositif_national_23092013.pdf



Source : Médecins du monde, « L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France. Cadre légal et dysfonctionnements », 2017, p.12. URL : https://www.gisti.org/IMG/pdf/guide_mna-mdm_partenaires.pdf

Ce dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des MNA a donc été posé d'abord par la circulaire de 2013, et prévu ensuite dans un décret du 24 juin 2016³⁸. Il s'agit d'une modalité administrative d'accueil d'un public spécifique.

Pour l'entrée à l'ASE des MNA, il ne s'agit pas de faire une évaluation sociale « classique³⁹ », puisque l'enjeu sera d'évaluer la minorité et l'isolement du jeune qui sont les deux critères d'entrée dans l'objectif de vérifier qu'il

relève bien des services de l'ASE.

Le critère de la minorité est regardé au prisme d'une évaluation sociale, effectuée soit par les services des conseils départementaux, soit par des associations par délégation. Elle est supposée se faire dans un délai de cinq jours pendant lesquels le jeune doit être mis à l'abri : c'est la phase administrative d'accueil provisoire d'urgence⁴⁰. Le juriste nous précise qu'il s'agit du « *délai dont dispose le conseil départemental pour prendre un jeune en charge sans accord de la justice [...] c'est la même chose si un jeune français se présente tout seul au conseil départemental [...], [il] peut le prendre en charge pendant cinq jours dans décision de justice* ». Après ces cinq jours, le conseil départemental peut estimer que le jeune ne correspond pas aux critères de prise en charge (minorité et isolement), auquel cas il doit notifier par écrit sa décision et la justifier. Sinon, au bout des cinq jours, l'ASE doit saisir le Parquet (début de la phase judiciaire) en lui rendant un avis sur la minorité du jeune. Le procureur de la République prononce alors une ordonnance de placement provisoire (OPP) ; soit pour poursuivre l'évaluation (huit jours supplémentaires pour faire des

³⁸ Décret n° 2016-840 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.

³⁹ Nous entendons ici par classique : les évaluations sociales réalisées par les travailleurs sociaux de l'ASE pour déterminer la situation familiale de l'enfant.

⁴⁰ L223.2 Code de l'action sociale et des familles.

investigations complémentaires) ; soit pour placer le jeune. Après ces huit jours, le Parquet peut prendre une main levée de placement, estimant que le jeune n'est pas mineur ou/et isolé, sinon il doit saisir le juge des enfants (JE) qui pourra prolonger la phase d'OPP pour poursuivre l'évaluation si besoin ou prendre une mesure d'assistance éducative (MAE) qui correspond à un placement durable jusqu'à la majorité. La dernière et seule décision qui acte le placement du jeune à la protection de l'enfance est celle du juge des enfants.

Cette procédure présente la porte d'entrée « administrative » qui a en théorie l'avantage d'une mise à l'abri directe dès la présentation du jeune auprès du conseil départemental. Le jeune peut aussi activer la porte d'entrée judiciaire en saisissant directement le JE. Cette option est souvent appelée « recours » car mobilisée en cas de refus de prise en charge par l'administration ou par le Parquet, le recours au sens juridique n'intervient en réalité qu'en procédure d'appel de la décision du JE. Il convient de bien comprendre que théoriquement, l'accueil provisoire d'urgence (placement administratif), l'OPP ou la décision de placement du juge des enfants ont la même valeur : elles sont des décisions de placement à l'ASE et confèrent les mêmes droits.

Ce dispositif théorique posé, nous allons montrer en quoi il est défailant dans le sens où il ne permet pas d'offrir une protection à tous les mineurs en danger. Les premiers éléments explicatifs des défauts de protection (relatifs selon les départements), tiennent de la nature même de l'évaluation des deux critères.

- *Comment évaluer la minorité ?*

La méthode retenue pour déterminer la minorité du jeune est l'évaluation sociale, réalisée par les services de l'ASE ou par des associations délégataires selon les départements. Celle-ci peut suffire pour déterminer la minorité du jeune. Dans un second lieu peuvent être réalisés l'examen des documents d'identité ; soit au cours de la phase administrative le conseil départemental peut saisir le service de la préfecture compétent pour avoir un avis sur les actes d'état civils ; soit dans la phase judiciaire, le Parquet ou le JE peut faire appel au bureau de la fraude documentaire de la Police aux frontières (PAF). Enfin, la loi sur la protection de l'enfance du 14 mars de 2016, à défaut de ne pas supprimer les tests osseux, indique qu'ils peuvent n'être réalisés qu'en dernier recours. Cette loi a prohibé les tests de maturation sexuelle dans l'examen de la minorité.

Les limites de la vérification documentaire :

Le département n'est pas habilité pour évaluer l'authenticité d'un acte civil. Il peut cependant dans son évaluation sociale indiquer « *de façon objective* » s'il y a une falsification manifeste qui relève du bon sens telle qu'une photo arrachée. Il est indiqué dans la circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 qu'en cas de doute « la saisine rapide des services de l'État par les conseils départementaux dans la période des 5 premiers jours de la mise à l'abri participera à la réalisation de l'évaluation de la minorité la plus étayée possible ». Ainsi « les préfets des départements, saisis

par les conseils départementaux apporteront une expertise en matière de fraude documentaire [...], les référents en matière de fraude des préfectures s'efforceront de répondre à ces demandes de vérification au cours des cinq jours de l'accueil provisoire par le conseil départemental, à défaut durant les huit jours suivant la saisine de l'autorité judiciaire ». Le juriste nous explique que dans les faits, *« ça ne marche pas, parce que la préfecture n'est jamais en capacité de répondre dans un délai de cinq jours et en plus [elle] n'a pas en soi de service de vérification documentaire, ils ont juste des personnes référentes [...] un peu expertes sur ces questions-là mais qui n'ont pas les moyens du bureau de la fraude documentaire »*. C'est donc souvent dans la phase judiciaire que les examens des documents d'identité ont lieu *via* la saisine du bureau de la fraude documentaire par le Parquet. Si le bureau est très documenté et outillé, leur expertise n'est toutefois pas infaillible. Le juriste nous informe sur la base de son expérience à Paris que *« dans un cas sur deux, le bureau de la fraude documentaire disait "ne se prononce pas" »*. Il nous explique au cours de l'entretien la complexité du domaine de la vérification de l'état civil qui rend difficile la possibilité de répondre avec certitude sur l'authenticité de documents. Aussi, il pointe la limite *« extrêmement importante »* de l'impossibilité de relier l'acte d'état civil au jeune, que le document soit jugé authentique ou non : *« donc le fait même de dire que l'acte est authentique, ça ne permet pas pour autant de régler la situation et de dire "c'est bon on est sûr que le jeune est mineur ou majeur". Et inversement ! Le fait que l'acte soit faux ne devrait pas permettre à lui seul de dire « le jeune est majeur »*. En définitif, *« c'est un élément, un faisceau d'indices parmi les autres »* et *« le seul élément qui est déterminant c'est quand le jeune a un passeport avec photo qui est déterminé comme authentique »*, cette dernière situation implique la fin des investigations.

Les tests osseux : une méthode sans pertinence

La loi du 14 mars 2016 a prohibé les tests de maturité sexuelle et place en dernier recours la possibilité de faire des tests osseux de détermination d'âge. Cette méthode est très largement contestée. Si les arguments des marges d'erreur de 18 mois⁴¹ et les limites éthiques⁴² sont connus, il s'agit aussi de préciser d'après le juriste que la pratique des test osseux est une méthode *« qui peut être considérée comme n'ayant aucune pertinence pour les jeunes de plus de 15 ans »*. Patrick Chariot⁴³ reprend les faiblesses méthodologiques du test osseux et évoque des études qui confirment en effet la non pertinence de l'examen : *« en examinant les résultats individuels présentés, on constate que chez les garçons, l'âge réel de certains adolescents dont la radiographie correspond à la maturation osseuse adulte selon l'atlas de Greulich et Pyle (19 ans) descend jusqu'à*

⁴¹ Académie Nationale de Médecine, Rapport sur la fin des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires (2007).

⁴² Comité Consultatif National d'Éthique, Avis n°88 sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques (2005).

⁴³ CHARIOT Patrick, « Quand les médecins se font juges : la détermination de l'âge des adolescents migrants », *Chimères*, vol. 74, no. 3, 2010, pp. 103-111.

14 ans et demi ; mêmes résultats chez les jeunes filles, chez qui l'âge réel de celles dont la radiographie correspond à la maturation osseuse adulte (18 ans) va jusqu'à 14 ans et demi ». Si le recours aux tests osseux a diminué ces dernières années, nous pouvons regretter que la loi de 2016 ne les ait pas définitivement écartés.

Le choix de l'évaluation sociale de la minorité

C'est donc pour ces raisons que les textes ont privilégié une évaluation de la minorité selon une approche sociale. Les modalités de l'évaluation sociale sont précisées dans l'arrêté du 17 novembre 2016 : elle doit être faite par des professionnels formés, par une équipe pluridisciplinaire, dans une langue comprise par le jeune (donc avec un interprète si besoin) et dans des conditions qui garantissent l'intérêt de l'enfant. L'évaluateur croise plusieurs éléments sur le jeune, ce que les textes appellent « faisceaux d'indices⁴⁴ » pour savoir si l'âge allégué par le jeune correspond aux éléments de son récit. Le livret de Médecins du Monde⁴⁵ résume : il doit « analyser la cohérence du récit, recueilli au cours de plusieurs entretiens et confronte l'apparence physique du jeune, son indépendance et son autonomie, son raisonnement et sa compréhension avec l'apparence physique du jeune, son dépendance et son autonomie, son raisonnement et sa compréhension avec l'âge qu'il dit avoir ». Cette méthode inspirée de ce qui est fait au Royaume-Uni est selon le juriste interrogé « *la méthode la plus intéressante pour déterminer la minorité [...]. Tout simplement parce qu'on n'a pas mieux, en réalité. Il n'y a aucune méthode scientifique qui permet de déterminer l'âge d'un jeune, aucune méthode médicale* ». Il défend cette idée en expliquant que la présomption de minorité n'est pas tenable, que certains départements l'ont fait mais que ce principe a fait « *exploser les dispositifs de l'ASE* » en y incluant des jeunes de 18/25 ans avec des mineurs, ce qui n'est pas tolérable pour la protection de l'enfance. En effet, il comprend tout à fait que des jeunes plus âgés que 18 ans se présentent à l'ASE compte tenu des différences de traitement aujourd'hui entre un jeune de 18 ou 19 ans dans les dispositifs adultes et un jeune de 17 ans à la protection de l'enfance, « *et je ferais la même chose si j'étais dans ce cadre-là* ».

- *Évaluer l'isolement ?*

Il est clair que le critère de l'isolement doit être compris au strict sens juridique du terme. C'est-à-dire que tout jeune qui se présente sans représentant légal ou sans personne qui manifeste sa volonté de faire les démarches pour être son représentant légal est considéré comme isolé. Ainsi pour les mineurs non accompagnés, il ne devrait pratiquement pas y avoir de remise en question de leur isolement. Le juriste argumente efficacement : « *La plupart des jeunes ne voyagent pas tout seuls et ils ne sont pas tout seuls sur le territoire, ils ne sont pas isolés au sens où ils sont tout seul à se balader sur le territoire. Ils sont accompagnés par d'autres personnes, [...] souvent ils font le*

⁴⁴ Circulaire du 31 mai 2013.

⁴⁵ Médecins du monde, « L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France. Cadre légal et dysfonctionnements », 2017. URL : https://www.gisti.org/IMG/pdf/guide_mna-mdm_partenaires.pdf

parcours migratoire avec des adultes, ce n'est pas ça qui devrait remettre en cause la notion d'isolement de ces jeunes, ils n'ont pas de représentant légal et c'est ça qui fait qu'ils relèvent de l'enfance en danger parce qu'il n'y a personne pour veiller sur eux, et cætera. Le fait d'être avec des adultes, même si ces adultes sont des personnes qui ont emmené ce jeune auprès du service départemental, même s'ils sont à la porte du bureau, même s'ils sont dans le bureau avec le jeune, si ces personnes adultes ne sont pas son représentant légal et ne manifestent pas leur volonté de devenir son représentant légal de ce jeune, c'est l'isolement. Et considérer l'inverse, c'est totalement faux juridiquement et c'est parfois remettre le jeune... C'est-à-dire, se dire "t'es pas isolé donc t'es pas en danger" parce qu'il y'a des adultes, c'est totalement aberrant. Parfois le fait d'être avec des adultes qui ne sont pas les représentant légaux, c'est encore plus un danger, parce que ce sont des personnes qui exploitent, qui font du travail forcé, de la prostitution avec les jeunes, enfin voilà ».

Ainsi nous avons présenté un cadre juridique mettant en place une procédure théorique déjà complexe qui privilégie une évaluation sociale de la minorité à la phase administrative mais qui permet, via la phase judiciaire, le recours aux méthodes de détermination *via* la vérification des documents d'identités et les tests osseux, dont la pertinence est grandement mise à l'épreuve. À ce stade, nous pouvons déjà expliquer des inégalités départementales selon l'utilisation de ces trois méthodes d'évaluation de la minorité réalisée par les différents acteurs concernés et selon la manière de considérer le critère d'isolement. Si nous pouvons déjà percevoir les faiblesses de ce dispositif, la sous-partie suivante nous permettra d'explicitier en quoi il produit des défauts de protection, voire des contextes favorisant le développement des fragilités (des vulnérabilités) et que les MNA ne sont donc pas l'explication des difficultés actuelle de l'ASE mais le révélateur de ses faiblesses.

1.2.2. Les MNA, révélateurs des faiblesses de la protection de l'enfance et non la cause⁴⁶

Cette sous-partie vise à montrer que les dysfonctionnements du dispositif de protection de l'enfance sont davantage liés à des facteurs structurels qu'à « la saturation des dispositifs par les MNA » et aussi liés aux pratiques parfois limites de certains acteurs.

Julien Bricaud et Caroline Thibaudeau montrent comment la protection des MNA se fait au sein du service public de protection de l'enfance déjà fragilisé. Ils présentent un système à contretemps des besoins dans une dynamique de « restriction des actions de prévention et accélération des mesures d'urgence ». Ils expliquent que la situation financière dégradée des départements depuis les années 1990 combinée aux logiques électorales court-termistes placent

⁴⁶ BRICAUD Julien, THIBAUDEAU Caroline, « Crise de l'accueil et institutionnalisation du « soupçon »... à l'égard des mineurs : de la question politique à la question éducative », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 217-231.

les économies du côté des actions de prévention dont les effets sont moins visibles « et sur la réduction des ressources humaines, notamment dans le champ de l'enfance ». En résulte « des enfants qui vont plus mal », des « moyens dégradés » et des « ressources humaines fragilisées » qui poussent l'ASE dans ses limites. Les auteurs conviennent que les situations varient considérablement d'un département à l'autre. En effet, nous pouvons expliquer simplement qu'il existe autant de politiques de protection de l'enfance que de départements. Ces « politiques » peuvent être le fait soit de l'orientation de l'acteur politique soit de l'organisation des services de l'ASE faite par l'acteur administratif. Les facteurs socio-économiques des territoires peuvent aussi expliquer les disparités dans le secteur. Cependant « la question des mesures exceptionnelles, des normes, des formats, des standards d'accueil et de prise en charge, bousculés quotidiennement par la nécessité de s'ajuster à une réalité sociale, à une temporalité moderne dominée par l'urgence, aux réformes et aux remous de la famille, ainsi qu'à une actualité géopolitique, devient particulièrement sensible dans la question des MNA ». Ainsi selon les auteurs, la question des MNA vient pousser encore d'un cran les limites déontologiques parfois déjà atteintes de la protection de l'enfance. Ils dénoncent ainsi le discours de la saturation des dispositifs pour cacher une « prise en charge des MNA en général nettement inférieure aux prix de journée moyens à l'ASE », un cadre de l'évaluation qui ne met « jamais en œuvre une politique d'accueil, encore moins de protection et d'éducation ». Nous partageons avec les auteurs le risque⁴⁷ d'effet pervers du discours sur la saturation : il infuse l'idée selon laquelle les capacités d'accueil ne pourraient pas être revues pour contrer cette saturation. Le manque de places dans les dispositifs éloigne des nombreux mineurs des modalités de protection. Ainsi, beaucoup de départements ne sont pas en mesure de mettre à l'abri les jeunes en évaluation : des jeunes se retrouvent à la rue, livrés à eux-mêmes. Face à l'urgence, beaucoup de départements ont alors ouvert des places d'hébergement dans des conditions contestables : hôtels éloignés, sans accompagnement, ni suivi éducatif, ni bilan de santé, ni accès à l'ouverture de droits ; des dispositifs *ad hoc* pour MNA avec un prix de journée bas, laissant l'impression « d'une protection de l'enfance à deux vitesses⁴⁸ ». L'encombrement de la justice vient également emboliser le dispositif en retardant de plusieurs mois parfois les mesures de placement.

Secondement, au-delà de ces aspects structurels, les défauts de protection et les inégalités territoriales s'expliquent aussi par les pratiques au niveau de chaque acteur. Le juriste fait état de « *pratiques de Parquets ou de conseils départementaux qui sont très suspicieux et qui mettent systématiquement en place des vérifications supplémentaires* », « *des départements dans lesquels*

⁴⁷ Risque d'entretenir un discours de stratégie dissuasive qui alimente la théorie de l'appel d'air, et le poids du « soupçon » sur les travailleurs sociaux.

⁴⁸ Témoignage d'une assistante sociale en Coordination santé mentale migrants Rhône de l'Orspere-Samdarra, du 10/07/2018.

le juge des enfants ne va jamais remettre en cause une décision qui a été prise avant, il y a des départements dans lesquels ça se fait bien en cinq jours, d'autres en treize jours, d'autres dans lesquels ça met six mois et où tout se joue au niveau du juge des enfants ». Nous comprenons donc que malgré la pose d'un cadre national à partir de 2013 et son inscription dans le droit en 2016, les conditions « d'accueil » de ce public ne sont pas généralisables à l'échelle nationale tant les disparités départementales sont importantes.

Aussi, si le cadre théorique de l'évaluation sociale permet de la considérer comme la méthode la « moins pire » pour déterminer l'âge des jeunes, ses conditions de réalisations en pratique dans de nombreux départements en font une méthode très contestable et contestée du fait d'une longue liste de mauvaises pratiques⁴⁹. Premièrement, le juriste interrogé nous informe que cette méthode inspirée de ce qui se fait au Royaume-Uni est effectuée outre-Manche dans un temps plus long que cinq jours, « *sur des périodes de trois semaines ou un mois* » qui permettent de se faire une idée de l'âge du jeune sur un temps long. Le juriste nous explique ensuite comment pour lui « *le faire, en cinq jours derrière un bureau sans mise en confiance du jeune, ça peut devenir un truc qui n'est pas pertinent du tout* ». Au-delà de cette durée limitée, de nombreuses mauvaises pratiques sont observées dans des départements. L'une des difficultés majeures est le biais du préjugé, auquel tout individu est soumis lors d'une rencontre avec un autre individu. Dès lors l'évaluation peut vite prendre l'allure d'une « *enquête de police* » cherchant à « *confirmer cette idée* ». Or la méthode ne consiste pas à la recherche de critères éliminatoires. Aussi cette méthode appelle des compétences certes sociales mais également géopolitiques, psychologiques, rédactionnelles, *et cætera* et donc *in fine* des professionnels formés et une équipe pluridisciplinaire. Or, nous constatons que dans certains départements, l'évaluation sociale est assurée par les travailleurs sociaux de l'ASE non formés aux spécificités de cette méthode. Le juriste résume très bien l'échec du dispositif non pas dans sa nature mais dans sa mise en pratique : « *ce qui se fait dans beaucoup de départements, c'est le jeune arrive, on le prend dans un bureau, on fait un entretien d'une heure, on coche truc, lien familial, ok, parcours migratoire, ok, et puis au bout d'une heure on dit au jeune "t'es mineur" ou "t'es majeur". Ce n'est pas ça l'évaluation sociale. Telle qu'elle est prévue dans les textes mêmes, ce n'est pas ça. Et malheureusement quand c'est fait dans certains départements comme ça, cela alimente un peu l'idée que l'évaluation sociale c'est quelque chose qui ne marche pas, qui est nul et un outil de tri et d'exclusion des mineurs. C'est utilisé comme ça par certains départements qui le font mal et par beaucoup de départements. C'est-à-dire qu'aujourd'hui il y a une vraie difficulté la-dessus. Quand je dis ça, je ne blâme pas forcément les départements. Les départements, on leur a dit "vous faites ça" et on ne les a pas du tout accompagnés là-dedans [...] Si derrière, personne ne vient leur dire "c'est pas comme ça qu'il faut*

⁴⁹ Médecins du monde, « L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France. Cadre légal et dysfonctionnements », 2017, p.20.

faire”, ils continuent à le faire. Et aujourd’hui il y a un vrai manque de pilotage de la part de l’État qui a instauré ça en disant “on va harmoniser l’évaluation pour que ça se passe pareil sur tous les départements”, et en réalité on est sur quelque chose qui est extrêmement variable et il y a très peu de départements... À ma connaissance, sur les cent départements français, s’il y en a une dizaine qui font des évaluations sociales conformes aux textes et en bonne pratique, ce serait déjà pas mal. Moi je n’en connais pas plus de... deux ou trois, des départements qui font ça...mais la plupart des départements dont j’ai des échos, ils font pas de mise à l’abri immédiate, ils font pas de regard pluridisciplinaire sur le jeune, il n’y a pas d’accompagnement psy, il n’y a pas d’évaluation bienveillante... parce que si vous lisez l’arrêté du 17 novembre, vous verrez que c’est rédigé de façon justement très bienveillante ! Il faut respecter la présomption de minorité du jeune, donc si on a un doute, on va pencher vers la minorité... Enfin y’a plein de choses qui font qu’on devrait avoir une évaluation sociale qui soit plutôt intéressante et plutôt protectrice, avec la limite des cinq jours, quand même qui à mon sens est quelque chose aujourd’hui qui est un gros obstacle pour faire une bonne évaluation. Donc même les départements qui le font bien ils sont quand même limités par cette question des cinq jours ». Au vu de l’accord conclu entre l’ADF et le gouvernement en mai 2018⁵⁰ établissant une augmentation de la participation financière de l’État pour la phase d’évaluation, cette dimension d’harmonisation des pratiques⁵¹ en vue de respecter l’intérêt de l’enfant⁵² n’est pas à l’ordre du jour face à une négociation de la prise en charge de ces jeunes en termes de coûts. Cette non harmonisation des pratiques rend également aberrant le projet de fichier des mineurs refusés, au-delà du plaidoyer collectif⁵³, nous pouvons expliquer grâce à notre entretien que « les pratiques sont tellement différentes qu’un jeune qui se présente dans un département qui lui dit “vu ta tête, t’es majeur” que heu... interdire après à ce jeune de se représenter dans un autre département, c’est pas logique, faut une cohérence entre tout ça ». Daniel Senovilla-Hernandez évoque ainsi « l’attitude des institutions qui font primer leur intérêt de limiter le nombre de nouvelles arrivées, et consécutivement à cela, l’impact financier d’une prise en charge, au détriment de l’intérêt de ces mineurs⁵⁴ ».

⁵⁰ Assemblée des départements de France, communiqué de presse du 17 mai 2018, [En ligne], consulté le 5 juin 2018. URL : <http://www.departements.fr/wp-content/uploads/2018/05/20180517-CP-CNT-et-Bureau-de-IADF.pdf>.

⁵¹ Également appelée dans la proposition 30 de la note de positionnement de Médecins du Monde : « Accès aux droits et aux soins des enfants et adolescents non accompagnés en France », du 30 octobre 2017.

⁵² Sur ce point : BAILLEUL Corentin & SENOVILLA Daniel (2016), *Dans l’intérêt supérieur de qui? Enquête sur l’interprétation et l’application de l’article 3 de la Convention Internationale des Droits de l’Enfant dans les mesures prises à l’égard des mineurs isolés étrangers en France*, Poitiers, MIGRINTER, 157 p

⁵³ « Fichage des mineur.e.s non accompagné.e.s : la protection des enfants doit passer avant la suspicion », [En ligne], consulté le 27 juillet 2018. URL : <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/fichage-des-mineures-non-accompagnees-la-protection-des-enfants-doit-passer-avant-la-suspicion>

⁵⁴ SENOVILLA-HERNANDEZ Daniel, « Mineurs isolés étrangers non protégés : résultat d’une enquête dans quatre pays européen », dans le dossier de l’Observatoire National de l’Enfance en Danger, « Vulnérabilité, identification des risques et protection de l’enfance », 2014.

Enfin il est indiqué à l'article 275 du Code civil que « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un deux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public ». Cependant l'évaluation sociale est concentrée sur le critère de minorité et l'examen du danger (notamment au prisme de la vulnérabilité du public que nous aborderons au chapitre 2) est mis de côté par le dispositif, compromettant l'état de santé de ces jeunes. Cette précision nous permet de faire dans la seconde partie de ce chapitre, un focus sur les obstacles d'accès aux soins.

2. Un droit fondamental difficile d'accès : l'accès aux soins à l'épreuve du cadre juridique

Si l'article 26 de la Cide énonce que « *les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la conformité de ce droit en conformité avec leur pleine législation nationale* », l'accès aux soins des MNA est dans les faits conditionné à l'affiliation à une protection maladie et contraint par l'autorisation donnée aux parents ou tuteurs légaux du mineur.

2.1. Des droits en santé conditionnés à la prise en charge administrative

Les conditions d'accès au système de santé sont dépendantes de la prise en charge administrative des MNA dans les dispositifs de l'ASE (ou à la PJJ). Le dossier thématique « accès aux soins » du site InfoMIE explique en effet que « les mineurs isolés communautaires ou extra-communautaires pris en charge dans les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse ont ainsi droit à une prise en charge et à un suivi médical dans le système de santé français de droit commun⁵⁵ » *via* la PUMa et la complémentaire CMU (CMU-C). L'institution en charge des MNA est la seule compétence pour transmettre les demandes d'affiliation à la sécurité sociale, « par ailleurs il incombe au référent ASE en charge du jeune d'exercer un suivi médical pour ce dernier⁵⁶ ». Les mineurs non pris en charge par l'ASE ne peuvent donc prétendre qu'à l'AME, les assimilant ainsi à des étrangers en situation irrégulière, or rappelons qu'un mineur ne peut pas être en situation irrégulière puisqu'il n'a pas besoin de titre de séjour. Cette disposition juridique est pointée par le rapport du Sénat de juin 2017 « Mineurs non accompagnés : répondre à l'urgence qui s'installe » :

⁵⁵ Dossier "Accès aux soins" du site InfoMIE, [En ligne], consulté le 31 juillet 2018. URL : <http://www.infomie.net/spip.php?rubrique204>

⁵⁶ C'est précisément cette responsabilité qui est mise à mal le manque de moyens (en termes d'encadrement humain) alloués dans certains départements.

« Cette disposition pose un problème juridique. Le décret du 1er décembre 1991 pris pour l'application de la loi instaurant la CMU énonçait comme condition d'éligibilité à la CMU une durée de résidence ininterrompue sur le territoire français d'au moins trois mois. Le décret énonçait limitativement les publics auxquels ce délai n'était pas applicable, parmi lesquels les « personnes reconnues réfugiés, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié », mais pas les mineurs non accompagnés admis au titre de l'aide sociale à l'enfance. Leur éligibilité à la CMU résulte donc d'une lecture extensive des dispositions du décret, que vos rapporteurs ne souhaitent pas contester.

Il leur apparaît d'autant plus surprenant que cette lecture extensive ne bénéficie pas aux jeunes migrants en attente d'évaluation. Outre le support juridique incertain sur lequel repose l'ouverture de la Puma aux MNA évalués présents en France depuis moins de trois mois, vos rapporteurs souhaitent rappeler que la présomption de minorité, qui doit bénéficier au migrant non évalué qui l'allègue, vaut ainsi présomption de régularité du séjour. L'exclusion de la Puma et l'éligibilité à l'AME de ces publics sont donc doublement injustifiées.

Outre l'incohérence juridique, la non-admission des jeunes migrants non accompagnés à la Puma les empêche d'accéder aux structures de soins psychologiques réservées aux jeunes, telles les centres médico-psychologiques (CMP), dont les frais ne sont pas couverts par l'AME. »

Dans cette contradiction se dessine un vide juridique combiné avec des délais importants dans le dispositif d'entrée à l'ASE, complexifiant l'accès aux droits en santé et laissant une marge d'interprétation pour les CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie) dont les pratiques d'ouvertures de droits varient d'un département à l'autre. En guise d'exemple, la coordinatrice régionale Auvergne Rhône Alpes des PASS nous parlait en entretien de « *positions des CPAM qui ont été assez rigides, à savoir refus de mettre en places des AME, en attente d'une prise en charge conseil départemental en disant que ces jeunes devraient être à la PUMa [...] alors qu'on a des jeunes qui restent très longtemps sans évaluation* ». Cette position de la CPAM du Rhône a évolué quelques mois plus tard comme indiqué dans ce compte-rendu⁵⁷ : « au vu des difficultés [...] d'absorber en termes de premier rendez-vous et de demandes de CMU, on avait ces personnes avec des situations administratives « vacantes » sans domiciliation ou prise en charge, les acteurs ont donc beaucoup mobilisé la CPAM. Dès lors qu'un jeune se déclare mineur, il relève d'une AME, aujourd'hui compte tenu des délais de prise en charge. Si le jeune a besoin de soins, il doit être possible de faire une AME, restera à trouver une adresse administrative ».

En effet, concernant l'AME la veille du site InfoMIE précise : « aucune exigence de ressource ni de durée minimale de résidence sur le territoire n'est exigée pour qu'un mineur isolé étranger puisse bénéficier de l'Aide Médicale d'État. Donc, à défaut de pouvoir solliciter la Couverture Maladie

⁵⁷ Compte-rendu de la Coordination santé mentale migrants Rhône de l'Orspere-Samdarra, du 22 mai 2018.

Universelle [actuelle PUMa], tous les mineurs isolés étrangers peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'État dès leur arrivée en France ». Cependant, l'AME nécessite de renseigner une adresse de domiciliation administrative difficile à obtenir pour les mineurs non pris en charge en raison de la saturation des dispositifs et l'absence de document d'identité complique aussi l'ouverture de l'AME.

2.2. L'obstacle du consentement aux soins du représentant de l'autorité parentale

En principe, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur légal doivent donner leur accord pour les soins prodigués aux mineurs donc les mineurs qui n'ont pas fait l'objet d'une décision de tutelle ou de délégation d'autorité parentale ne peuvent pas recevoir de soins. Des soignants sont réticents à prodiguer des soins aux MNA sur la base de cet argument contraire aux principes de leurs pratiques. Cependant, la veille d'InfoMIE ou l'activité de plaidoyer de Médecins du Monde rappellent qu'il existe plusieurs exceptions à l'obligation de consentement du titulaire de l'autorité parentale. Ainsi l'urgence peut justifier cette dispense⁵⁸. Le Code de santé publique précise aussi que « par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarde la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé⁵⁹ ». Les MNA pris en charge par l'ASE, affilié en leur nom propre à la PUMa + CMU-C dont les liens familiaux sont rompus, sont dispensés de l'obligation d'obtenir le consentement de leurs tuteurs légaux. Enfin Médecins du Monde rappelle qu'il est primordial de rechercher le consentement éclairé du mineur, impliquant une information adaptée et la possibilité de s'exprimer dans une langue comprise par ce dernier.

Nous verrons ultérieurement qui si l'obstacle purement juridique du représentant légal peut être soulevé pour les soignants⁶⁰, l'absence d'un accompagnement social⁶¹ dans le parcours de soins au sein d'un environnement étranger⁶² et à l'administration de traitements « importants » en raison de diagnostics « lourds » peuvent inquiéter les équipes soignantes quant aux suivis possibles pour ces jeunes.

⁵⁸ R.4127-42, al. 2 Code de la Santé Publique : « en cas d'urgence même si ceux-ci ne peuvent être joints, les médecins doivent donner les soins nécessaires ».

⁵⁹ L. 1111-5 al. 1 Code de la santé publique.

⁶⁰ La responsabilité médicale représente cependant un risque pour les praticiens, le rapport du Sénat de juin 2017 sur les MNA formule dans sa proposition n°17 l'idée de redéfinir les contours de la responsabilité médicale dans les cas des MNA dont la décision finale de placement n'a pas encore été établie.

⁶¹ Nous pensons ici aux jeunes non pris en charge par l'ASE ou aux jeunes non accompagnés dans leurs parcours de soins et socio-éducatifs.

⁶² Sur cette question : GUEGAN Marion et RIVOLLIÉ Elisabeth, « Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative », *Santé Publique*, vol. 29, no. 6, 2017, pp. 861-867.

Ce premier chapitre s'est donc attaché à montrer comment les jeunes migrants peuvent bénéficier d'une protection au titre de l'enfance en danger par les services de l'ASE. Cependant un paradoxe important réside dans la catégorisation administrative faite pour accéder aux services de l'ASE qui considère uniquement les deux critères de la minorité et de l'isolement en écartant la question du danger. L'éloignement des soins qui en découle permet ensuite d'esquisser la vulnérabilité de ce public (notamment au prisme de leurs besoins de santé) qui appellent une protection. Le choix de consacrer une relative importance au cadre légal et à la catégorisation administrative se justifie tant il pèse dans les activités d'accompagnements de ces jeunes par les professionnels des champs sanitaire et social ou par les bénévoles. La prépondérance des critères de la minorité et de l'isolement vient « parasiter » les pratiques des accompagnants. En effet ces critères ne sont pas opérant pour accompagner ces jeunes qu'ils préfèrent voir comme « une jeunesse en danger⁶³ » qui englobe davantage la complexité des éléments à prendre en compte pour accompagner ces jeunes. Ainsi le second chapitre propose une réflexion sur les vulnérabilités de ce public qui permettra d'appréhender les difficultés que rencontrent les accompagnants dans la partie 2.

Chapitre 2 : Le jeune vulnérable, comment l'accompagner ?

Axelle Brodriez-Dolino présente le concept de vulnérabilité comme généralisé tant il sert à désigner les publics cibles de l'action publique sanitaire et sociale et les formes de précarité⁶⁴. Elle la présente comme une notion opérationnelle pour les accompagnants de l'action sanitaire et sociale, c'est pourquoi elle retient notre attention pour présenter le public MNA. Le concept de vulnérabilité offre en effet une présentation du public plus juste pour penser les pratiques d'accompagnements que la catégorie juridique qui n'est pas opératoire, en partie de sa réduction à deux critères. Nous souhaitons aussi préciser que la présentation des différents facteurs de vulnérabilité ne tend pas à les systématiser pour l'ensemble des MNA mais au contraire à appréhender la singularité de chaque jeune qui en découle et *in fine* la complexité de l'accompagnement.

Nous montrerons dans une première section que l'approche processuelle de la vulnérabilité permet de considérer autant de facteurs que l'adolescence, la précarité des conditions de vies et le parcours migratoire. Des facteurs essentiels à appréhender pour accompagner les jeunes. La seconde section montrera les besoins en santé et santé mentale qui découlent de ces vulnérabilités

⁶³ Expression reprise des ateliers de groupes durant le séminaire clinique organisé par l'Orspere-Samdarra du 27/06/2018 sur les MNA à Grenoble.

⁶⁴ BRODRIEZ-DOLINO Axelle. « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, vol. 188, no. 2, 2015, pp. 10-18.

et vulnérabilisent les jeunes quand ils ne sont pas pris en charge. Ceci nous permettra de soutenir que cette considération des besoins de soins appelle l'importance de « prendre soin » globalement de ces jeunes.

1. Facteurs de vulnérabilité par une approche processuelle de la notion

L'Observatoire national de la protection de l'enfance publie en 2014 un dossier « Vulnérabilité, identification des risques et protection de l'enfance » qui propose une réflexion sur ce concept du fait de sa double utilisation par l'univers scientifique et pratique. Si le concept admet les critiques, notamment du fait de sa large dimension, il s'agit dans le dossier de se demander « dans quelle mesure le concept de vulnérabilité est-il opérant pour interpréter modéliser, représenter avec justesse et précision les situations de danger rencontrées par les enfants dans différents contextes d'études ? », donc de s'intéresser « à son opérationnalisation dans l'espace du savoir et de la pratique ». Dans l'éclairage historique du dossier et à partir des origines du terme, Axelle Brodriez-Dolino utilise la définition de Marc-Henri Soulet qui nous présente la vulnérabilité comme « une potentialité à être blessé ». Alors, elle peut être appréhendée par les différents « processus de fragilisation », approche processuelle qui permet de considérer nombreux critères : « une zone de bascule entre l'intégration sociale et l'exclusion » (qui nous rappelle la zone d'incertitude que peut représenter le dispositif d'entrée à l'ASE), « un milieu à risque » (celui de la rue pour les jeunes exclus de la protection ?), « un état fragile » (précarité, souffrance, maladie ?), « une période de la vie » (adolescence ?), « des groupes dont l'autonomie et la dignité sont mis à mal » (les migrants étrangers ?). Si cette liste permet d'affirmer l'universalité de la notion, les échos que nous percevons (indiqués entre parenthèse) nous font estimer une cumulation des processus de fragilité rencontrée par les MNA. Un cumul qui vient expliquer les besoins en soins de santé et la souffrance psychique des jeunes et qui permet de rendre compte de la complexité des prises en charge de ces jeunes. En effet la vulnérabilité appelle une analyse « pluricausale » qui relève de l'articulation de plusieurs facteurs. La considération de cette complexité offre des clés aux accompagnants pour leurs pratiques.

1.1. Adolescence et précarité

1.1.1. *Une période de la vie potentiellement plus fragile*

Axelle Brodriez-Dolino questionne la vulnérabilité comme catégorie d'action publique⁶⁵, elle la présente comme une notion opérationnelle pour les publics de l'action sanitaire et sociale, notamment pour l'adolescence. Elle reprend l'image du homard en mue dressée par Françoise Dolto : l'adolescent est dépossédé de sa carapace d'enfant pour se forger celle d'adulte. Elle

⁶⁵ *Ibid.*

explique que cette absence de carapace expose les jeunes à la vulnérabilité, à la potentialité d'être blessé, non pas tant face à leur âge que face à leurs parcours.

Dans ses articles et interventions pour évoquer sa clinique auprès des MNA, la psychologue Juliette Leconte commence souvent par rappeler que la grande majorité des MNA sont des adolescents. Si ce constat peut sembler banal, face à la prépondérance de la procédure administrative ou aux difficultés que ces jeunes peuvent poser aux accompagnants, ce rappel n'est pas anodin⁶⁶. Juliette Leconte explique : « Certains adolescents ne vont pas réussir à mettre des mots sur ce qu'ils ressentent (parfois parce qu'ils ne le comprennent pas eux-mêmes). Même s'ils arrivent d'un ailleurs ou cette notion d'adolescence est peu présente, même s'ils arrivent d'une culture où la transition d'enfant à adulte est plus continue, ces jeunes migrants sont dans leur grande majorité des adolescents. Même si souvent l'obligation de partir, ainsi que les conditions du voyage d'exil, les ont obligés à oublier leur âge pour pouvoir faire face aux événements rencontrés ; il n'en demeure pas moins que pour tous les enfants, les changements physiologiques liés à la puberté sont inquiétants et déclenchent des mécanismes de défenses spécifiques ». Ainsi elle rappelle que l'adolescence est une période où le corps est un moyen d'expression et des comportements d'opposition peuvent être rassurant pour le psychologue qui voit alors les jeunes « devenir ou redevenir adolescent (...) car cela signifie qu'il sort du trauma ou de la sur-responsabilisation dans lequel il était ». Nous percevons alors l'intérêt d'un étayage de l'accompagnement éducatif par un psychologue pour la lecture de certains comportements.

En outre, il a souvent été répété par des psychologues dans les coordinations santé mentale migrants Rhône que l'adolescence est une période où le psychisme est en élaboration et donc potentiellement plus vulnérable pour affronter les épreuves extérieures. Cette idée est rejointe par le texte de Jacky Roptin⁶⁷ qui explique comment les savoirs adolescents sont bouleversés par les traumatismes vécus sur le parcours migratoire. Chez ses patients reçus au Centre Primo Lévi⁶⁸, la singularité des MNA tient dans la « conjonction d'une logique traumatique et d'un passage adolescent affranchi d'une tutelle parentale légitime et protectrice à même d'encadrer cette structure de passage et les enjeux qui y sont associés », notamment les savoirs relatifs au corps et la sexualité qui n'ont trouvé de réponse sur le parcours migratoire que par une position de victime, voire de témoin, décuplant un sentiment de honte.

1.1.2. Des conditions de vie parfois précaires qui exposent au danger

⁶⁶ Lors d'un séminaire clinique organisé par l'Orspere-Samdarra le 27 juin 2018 sur les MNA avec l'intervention de Juliette Leconte, une professionnelle a témoigné que ce rappel lui avait été bénéfique « c'est vrai que parfois j'en oublie presque que ce sont des adolescents, et que c'est important à prendre en compte aussi ».

⁶⁷ ROPTIN Jacky, « Quel savoir adolescent pour les mineurs non accompagnés... victimes de violence politique ? », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 53-66.

⁶⁸ Centre Primo Lévi : centre de soins aux victimes de la torture et de la violence politique

La vulnérabilité de ces jeunes se situe aussi dans leur exposition au danger. Si leur isolement juridique n'est pas reconnu, leur entourage par le monde adulte peut mettre les jeunes en danger. Ils constituent en effet des cibles pour des réseaux malveillants⁶⁹ : réseaux mafieux, exploitation, prostitution, radicalisation. La condition de sans-abri expose aussi à un risque de désaffiliation important⁷⁰.

Aussi, l'écartement de la protection de l'enfance crée des situations d'extrême précarité décrites dans la présentation de l'étude européenne sur « les conditions de vie et d'accès aux droits fondamentaux des mineurs isolés étrangers qui se trouvent en dehors des dispositifs de protection institutionnelle » de Daniel Senovilla-Hernandez déjà citée : les besoins fondamentaux (hébergement, alimentation, santé, habillement) ne sont pas pleinement satisfaits. Avec la limite de notre courte durée sur le terrain, nous pouvons aussi faire état pour les jeunes en attente de protection de difficultés pour trouver à manger, de souffrance quant à la longueur de la période d'incertitude et l'inactivité, la difficulté à trouver un toit pour les refusés directement de la protection de l'enfance.

1.2. Expliquer les migrations juvéniles pour appréhender l'accompagnement des jeunes

Sur cette période de la vie potentiellement source de fragilité vient donc se poser la violence des parcours migratoires. Nous choisissons ici de comprendre une part de la vulnérabilité des MNA au prisme de leurs parcours migratoires. Ce choix résulte du constat au cours de notre enquête que les caractères saillants identifiés par les travaux sur les migrations sont opératoires pour les acteurs accompagnants. En effet, nous avons pu observer dans les échanges entre acteurs et dans les lectures relatives à des expériences de prise en charge de ce public que la présentation du contexte migratoire est un élément de compréhension primordial à l'élaboration d'un travail d'accompagnement socio-éducatif ou thérapeutique adapté à la situation du jeune⁷¹.

1.2.1. Penser les motifs de départs pour éclairer les processus de potentielle fragilisation

Les travaux d'Angelina Etiemble en 2002⁷² puis en 2012⁷³ permettent de dresser une typologie de ce public selon le(s) motif(s) de départ de leur pays d'origine. Elle explique⁷⁴ qu'il

⁶⁹ Médecins du monde, « Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France », 2016.

⁷⁰ ARCHAMBAULT Mathilde, LARDANCHET Guillaume, SIRI Morgane, « Des MIE aux MED : l'indispensable prise en compte des situations qui échappent au droit commun », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 301-315.

⁷¹ Notamment dans les travaux de Juliette Leconte.

⁷² ETIEMBLE Angelina, *Les mineurs isolés étrangers en France. Évaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide Sociale à l'Enfance. Les termes de l'accueil et de la prise en charge*, Quest'us, Direction de la Population et des migrations, 2002.

⁷³ ETIEMBLE Angelina et ZANNA Omar, Actualisation de la typologie des mineurs isolés étrangers. Ministère de la Justice, février 2013.

⁷⁴ ETIEMBLE Angelina, « Mineurs non accompagnés en France, quelles évolutions en 20 ans ? », *Écarts d'identités*, n°129, janvier 2018, p.8-13.

s'agissait « d'éclairer le sens de la présence d'une population méconnue qui à l'aube de la décennie 2000, suscite inquiétudes et polémiques quant à son accueil et sa prise en charge ». Si nous avons compris dans le premier chapitre qu'il est complexe d'appliquer le cadre administratif de catégorisation pour ce public, elle ajoute que ces jeunes sont également « hors normes » dans le sens où ils n'entrent pas dans « les catégories habituelles tant des migrations adultes que de l'enfance en danger ».

En 2002, elle dresse 5 types de mineurs selon leurs motifs de départ : les exilés, les mandatés, les exploités, les fugueurs, les errants. La synthèse des travaux précise que ces différents profils ne reçoivent pas le même accueil en France, ainsi les « exilés » apparaissent plus facilement légitimes. Une lecture intéressante de ces profils est donnée dès 2002 selon un axe « acteur/agent » du projet migratoire et un axe « demande ou non de protection institutionnelle. L'enquête de 2012 ajoute deux profils : le mineur rejoignant qui « s'affirme en 2012 comme type "traditionnel" de la migration internationale, dans une version juvénile », et le mineur aspirant, « type "émergent" de la migration internationale, plus spécifiquement juvénile ». L'actualisation de la typologie de 2002 se veut plus opératoire⁷⁵. Au final, si la typologie est *de facto* réductrice, elle permet d'apporter des éléments de compréhension à la présence de ces jeunes en France. Ces clés de lectures seront utiles aux accompagnants des jeunes pour adapter leur travail éducatif ou thérapeutique comme nous pourrons le voir ultérieurement. Ces catégories mettent en avant la complexité des migrations des jeunes et ne sont donc pas exclusives les unes par rapport aux autres : elles sont perméables.

La complexité de ces migrations peut être appréhendée comme un facteur de vulnérabilité pour les jeunes qui arrivent en France tant dans leurs caractéristiques propres que dans le fait qu'ils causent des difficultés dans le travail d'accompagnement en appelant son adaptation et son individualisation selon chaque situation. Angelina Etienne explique en effet : « ces catégories mettent en exergue la vulnérabilité propre au jeune âge des migrants et interrogent la diffusion de modèles culturels liés à l'expérience juvénile et aux droits de l'enfant déclarés universels dans la Cide. La complexité des parcours, du pays d'origine aux pays d'accueil et dans celui-ci, laisse à penser que les MNA ne sont pas "des enfants comme les autres" mais peut-être que certains d'entre eux souhaiteraient le devenir. De ce point de vue, le caractère juvénile de nombre de migrants internationaux demeure un impensé ».

1.2.2. *Le parcours migratoire pour lire les vulnérabilités ou les capacités ?*

Si la précaution invite toujours les acteurs rencontrés à préciser qu'on ne peut pas systématiser de lien entre un type de parcours migratoire et un type de traumatisme subi, plusieurs

⁷⁵ Une synthèse de l'étude est disponible sur le site InfoMIE, [En ligne], consulté le 29 juillet 2018. URL : https://infomie.net/IMG/pdf/synthese_-_actualisation_typologie_mie_2013-2.pdf.

acteurs s'accordent toutefois à dire qu'une connaissance du parcours migratoire peut aider le travail des accompagnants pour lire les signes de souffrance. Ainsi la connaissance d'évènements violents peut aider le médecin à repérer des traumatismes physiques et le thérapeute à lire plus facilement les symptômes d'un psychotraumatisme éventuel. La durée du parcours migratoire peut aussi expliquer différents degrés de fragilité.

Ainsi l'approche géographique de Sarah Przybyl⁷⁶ sur les parcours migratoires de ces jeunes apporte un éclairage intéressant. En présentant trois types de parcours (la migration directe, la migration par relais et la migration « de la débrouille »⁷⁷), elle montre comment la vulnérabilité des mineurs isolés étrangers pendant le parcours migratoire peut être discuté au regard d'un degré relatif de capacité. Elle révèle ainsi deux postures⁷⁸ en tension : des mineurs dans une certaine mesure subordonnés à une posture d'adulte (pendant le parcours et à l'arrivée en France dans les parcours de prise en charge) et des mineurs acteurs dans les environnements dans lesquels ils se trouvent. Ces deux postures ambivalentes participent aux questionnements des accompagnants pour penser les projets des jeunes, délicat travail d'équilibriste entre protection et développement de l'autonomie.

En outre, Laurent Lardeux⁷⁹ nous invite à penser les migrations des jeunes comme inscrite dans un espace circulatoire non dichotomique (entre ici et là-bas), « à travers lequel circule non pas tant des hommes, des femmes ou des enfants mais plus largement un imaginaire à forte charge symbolique porteur pour le jeune migrant d'espoirs, d'utopies ou de mythes profondément enracinés dans les consciences collective ». L'auteur explique que considérer les relations entre les deux pays permet de relier les fils du réseau réticulaire de la trajectoire qui relie les deux contextes : « entre eux s'inscrivent à différents degrés les situations d'emprise ou d'isolement, et à partir d'eux circulent les projets et les errements, les espoirs et les retours ». Cette vision de l'espace migratoire permet de poser un cadre cognitif au travail de mise en lien entre « ici » et « là-bas » élaboré par Juliette Leconte que nous aborderons ultérieurement. Son article vient compléter le travail de Sarah Przybyl car cela lui permet de dire que le jeune migrant est à la fois « agi et agissant au centre de luttes qui le dépassent et en même temps acteur des luttes dont il est partie prenante ».

Ces approches méritent de transmettre aux accompagnant le levier que peuvent représenter certaines capacités (à condition de les identifier) pour établir leur travail socio-éducatif ou thérapeutique. Toutefois, nous tenons à préciser la prudence requise face à des discours sur

⁷⁶ PRZYBYL Sarah, « Territoires de la migration, territoires de la protection. Parcours et expérience des mineurs isolés étrangers accueillis en France », Thèse pour l'obtention du doctorat de géographie, 2016.

⁷⁷ Trois parcours explicités dans : PRZYBYL Sarah, « Parcours et expériences migratoires des mineurs isolés étrangers accueillis en France », *Écartés d'identités*, n°129, janvier 2018, p.18-23.

⁷⁸ PRZYBYL Sarah, « Territoires de la migration, territoires de la protection. Parcours et expériences des mineurs isolés étrangers accueillis en France », *Hommes & Migrations*, 2017/4 (n° 1319), p. 166-170.

⁷⁹ LARDEUX Laurent, « Parcours migratoires et biographies des mineurs non accompagnés entre circulation migratoire et assignation territoriale », *Écartés d'identités*, n°129, janvier 2018, p.24-35.

l'extrême résilience de ces jeunes qui présentent le risque d'une relative négation de leurs besoins. En effet, si Daniel Senovilla-Hernandez fait également état d'une vulnérabilité « compensée par la remarquable capacité d'action et de réaction » de certains jeunes (que nous avons aussi pu observer et également mise en avant par les acteurs que nous avons rencontrés), il estime que c'est une « réaction nécessaire et obligatoire pour faire face à leur vulnérabilité ». Ainsi, il affirme que les MNA qu'il a rencontré « restent vulnérables et devraient pouvoir accéder à une protection et une assistance. Les aptitudes et capacités personnelles et relationnelles qu'ils ont pu développer lors de leur expérience migratoire doivent être considérées afin de leur apporter une réponse protectrice plus adaptée et un meilleur accompagnement éducatif vers l'autonomie. En revanche, elles ne doivent jamais justifier la négation de leur vulnérabilité ni leur exclusion de la protection institutionnelle ». Il évoque ainsi les cas où la protection au titre de l'enfance en danger a pu être refusé au motif que le jeune paraissait « trop mature » pour être mineur⁸⁰.

2. Un processus de fragilisation qui impacte l'état de santé global des jeunes

Nous avons donc compris comment l'approche processuelle de la notion de vulnérabilité permet d'appréhender la complexité de la vulnérabilité des jeunes au gré des différents facteurs de fragilisation que peuvent être l'adolescence, la précarité et le parcours migratoire. Ces fragilisations viennent « blesser » les jeunes. Leur état de santé s'en trouve alors souvent dégradé. Cette seconde section propose de présenter les enjeux de santé pour ces jeunes. Nous verrons qu'ils appellent à une considération globale de la santé pour prendre en compte la souffrance psychique des jeunes. Ceci nous permet de penser l'interdépendance des vulnérabilités et de questionner les pratiques d'accompagnement auprès de ces jeunes.

2.1. D'importants besoins de soins en santé

En France, le docteur Pierre Baudino a effectué sa thèse de doctorat en médecine sur « L'état de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2013 et 2015⁸¹ », son étude est synthétisée dans un rapport de l'ONPE de février 2017⁸². Elle part du constat d'un manque de recommandations médicales spécifiques pour les mineurs isolés étrangers en France. Il s'agit d'une analyse descriptive d'un recueil de données effectué sur un échantillon de jeunes pris en charge entre janvier 2011 et décembre 2013 par un dispositif mis en place en Gironde. L'étude met en avant des parasitoses digestives fréquentes, la problématique de la tuberculose, des cas

⁸⁰ CARAYON Lisa *et al.*, « Soyez cohérent, jeune homme ! ». Enjeux et non-dits de l'évaluation de la minorité chez les jeunes étrangers isolés à Paris, *Revue française de science politique* 2018/1 (Vol. 68), p. 31-52.

⁸¹ BAUDINO Pierre, « État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013 », Thèse pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine, 2015.

⁸² Observatoire national de la protection de l'enfance, « Mineurs non accompagnés. Quels besoins et quelles réponses ? », Dossier thématique coordonné par Ludovic JAMET et Elsa KARAVEL, février 2017.

d'hépatite B chronique, fréquences de problèmes dentaires, *et cætera*. Parmi les résultats révélateurs de l'attention particulière qu'appelle l'état de santé des jeunes migrants, l'étude souligne que sur « 143 jeunes ayant bénéficié d'un bilan complet, 19 étaient porteurs de pathologies comatiques de létalité potentielle forte à intermédiaire en l'absence de traitement, ce chiffre passant à 25 si l'on inclut les pathologies psychiques. Vu sous un autre angle, seuls 69 MIE n'étaient pas porteurs d'une maladie somatique potentiellement létale ou fortement invalidante. Ils n'étaient que 8 à ne présenter aucune pathologie somatique ou psychique faiblement invalidante ou plus lourde ». L'auteur met en avant un manque de données épidémiologiques et de connaissances précises sur l'état de santé des jeunes mais il utilise ses résultats pour recommander une prise en charge sanitaire impérative des jeunes le plus tôt possible pour éviter tout retard de diagnostic : la phase d'accueil représente, selon l'auteur, le moment le plus opportun pour la mise en place d'un suivi médical aussi complet que possible.

Pierre Baudino met également en avant le lien entre certains diagnostics et les risques auxquels les jeunes sont exposés (raisons du départ, conditions du parcours d'exil et conditions de vie précaires à l'arrivée). En outre, il précise une spécificité du public : une exposition à des facteurs de vulnérabilité majeurs. Il pointe alors les risques de pathologies pédiatriques propre à leur tranche d'âge et leur isolement qui les éloigne de l'accès aux soins, et leur vulnérabilité aux psycho traumatismes⁸³. Nous retrouvons nos facteurs de fragilisation.

Le rapport d'activité 2016 du programme MNA de Paris de Médecins du Monde⁸⁴ confirme ces observations en listant les problématiques de santé somatique et faisant état d'un « état de santé très dégradé » en le reliant également à des facteurs liés aux conditions de vie pré- et post-migratoire ainsi qu'au parcours migratoire. Le rapport relève également des troubles anxieux, des syndromes de stress post traumatiques. En consacrant un rapport à la souffrance psychique des exilés⁸⁵, Médecins du Monde et le centre Primo Lévi font un focus sur la santé mentale des MNA. Nous pouvons y lire : « La santé mentale de ces mineurs est particulièrement dégradée en raison de leur parcours de vie souvent extrêmement douloureux : évènements traumatiques dans le pays d'origine (ruptures familiales, précarité, discriminations, violences, maltraitements, exposition à la mort, guerre, catastrophes naturelles...), au cours du parcours migratoire (violences, conditions de vie, perte de proches, incertitude, enfermements, viols, dangers...) et à l'arrivée dans les pays dits « d'accueil » (rejet, remise en cause de leur parole et leur identité, précarité, exposition aux réseaux...). Par ailleurs, ils vivent dans un climat d'insécurité permanent, nécessitant une adaptation à des contextes, des lieux de vies, des règles et des langues pour assurer leur survie.

⁸³ La dimension plurielle de la vulnérabilité du public sera discutée dans le second chapitre.

⁸⁴ Rapport d'activité disponible, [En ligne], consulté le 27 juillet 2018. URL : http://www.infomie.net/IMG/pdf/ra_2016_programme_mna_mdm_3_.pdf.

⁸⁵ Médecins du Monde et Primo Lévi, « La souffrance psychique des exilés », 2018.

Enfin, ils sont particulièrement exposés en raison de leur âge, leur isolement et leur vulnérabilité. Sur les programmes de Mdm, la très grande majorité des enfants et adolescents non accompagnés rencontrés présente des séquelles sévères en lien avec les violences subies : ils font état notamment de douleurs multiples, particulièrement des maux de tête et des troubles importants du sommeil. Il est impératif de porter une attention particulière à la prise en charge de leur souffrance psychique pour qu'ils puissent bénéficier d'un suivi et d'un parcours de soins adapté dans les structures du droit commun ».

De manière plus saisissante, des médecins proposant des consultations de médecine selon une approche globale à la Maison des adolescents (MDA) d'Avicennes aux jeunes qui se présentent exposent dans un article éclairant des situations cliniques⁸⁶. Celles-ci présentent les mêmes besoins de santé évoqués précédemment en montrant parfaitement la pertinence de l'approche globale liant les soins somatiques et les soins psychiques. En effet ces consultations permettent d'apporter des éléments de prévention sur les questions essentielles de l'alimentation et de la sexualité et sur la mise à jour des vaccins. Elle peut également permettre d'évoquer des liens entre « certains symptômes évoqués avec l'état psychique du sujet », posant une première pierre vers un accompagnement thérapeutique si besoin. La multiplicité des besoins de santé des jeunes permet aux médecins de plaider également pour que « ce type de consultations médicales soient systématiques et précoces, dans l'intérêt individuel de ces jeunes tout d'abord, mais également en termes d'intérêt de santé publique ». Les situations cliniques sont aussi pertinentes pour révéler les difficultés qui existent parfois à proposer des soins adaptés et à assurer le suivi. Ils précisent qu'il s'agit de consultations longues qui nécessitent souvent un interprète et que les moyens manquent. L'intérêt de cet article réside aussi dans l'importance qu'accordent les médecins au milieu de vie et l'accompagnement des jeunes pour enclencher le parcours de soins. Ceci nous permet d'avancer que ces besoins de soins en santé révèlent un besoin d'être « pris en soins » davantage que d'être « pris en charge ». Cette « prise en soin » peut se situer sur tous les segments de l'accompagnement et appelle une attention particulière à la santé mentale des jeunes.

2.2. Considérer la santé mentale pour appréhender l'interdépendance des vulnérabilités

Nicolas Chambon montre en effet dans sa thèse⁸⁷ que la vulnérabilité devient « saillante » au prisme de la problématique de la santé mentale. Il montre comment la considération de la santé psychique perfore la séparation entre les champs sanitaire et social et qu'elle rentre en contradiction avec le « cadrage administratif ». La santé mentale devient ainsi l'affaire de tous. Ainsi

⁸⁶ BELIEN-PALLET Valérie, MINASSIAN Sevan, LEFEBVRE Pauline *et al.*, « Mettre des mots sur les maux. La consultation de médecine de l'adolescent pour les mineurs non accompagnés : entre besoins de santé réels et difficultés de suivi », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 109-121.

⁸⁷ CHAMBON Nicolas, « Solidarisations. Enquête sur les migrants en situation irrégulière et leurs soutiens », Thèse pour l'obtention du Doctorat de Sociologie, 2017.

tous les accompagnant sont confrontés et mis en difficultés par les différents symptômes que peut prendre la souffrance psychique. Par exemple, pour les MNA, on voit les acteurs militants fournir des « guides »⁸⁸ pour sensibiliser les différents accompagnants.

Arrêtons-nous un instant pour appréhender le large spectre que recouvre « la souffrance psychique » des jeunes. La santé mentale des MNA est souvent abordée au prisme de l'état de stress post-traumatique (ESPT) du fait du parcours migratoire. Cependant il convient de préciser que des troubles psychiatriques peuvent préexister à la migration. A l'ESPT, il convient d'ajouter aux possibles troubles psychiatriques causés par des événements survenus avant, pendant ou après le voyage, la dépression, les troubles anxieux et les addictions. Hugo Rudy⁸⁹ présente aussi les deux tableaux de l'ESPT : « il existerait ainsi l'ESPT dans sa forme "simple", qui serait en lien avec [...] un "traumatisme de type 1", c'est-à-dire en général un événement unique ou limité dans le temps. A *contrario*, la tableaux d'ESPT complexe seraient l'apanage de patients victimes de traumatismes de type 2, c'est-à-dire lorsque les événements traumatiques sont répétés ou prolongés dans le temps, d'autant plus lorsque la violence est d'origine humaine, intentionnelle et/ou de nature sexuelle. Les effets de ce type de traumatisme affectent de façon plus durable et plus sévère ceux qui en sont victimes, notamment dans une période développementale comme l'enfance ou l'adolescence ». L'auteur de cet article qui présente un cas clinique de traumatisme complexe est pédopsychiatre et reçoit des jeunes MNA à la MDA d'Avicennes et il précise que « parmi les jeunes MNA suivis par les services de la protection de l'enfance, seule une minorité nous est adressée pour un suivi psychologique, et à plus forte raison psychiatrique, extérieur à leur lieu de suivi éducatif ou d'hébergement. Ce sont souvent ceux-là qui présentent les psychopathologies les plus lourdes, se manifestant par des troubles externalisés, et donc entre autres les tableaux de trauma complexe ».

Il convient donc d'évoquer la souffrance psychique des MNA en dehors du psychotraumatisme des jeunes qui ont pu rencontrer « autant d'événements potentiellement – mais pas forcément – traumatogènes⁹⁰ ». L'article de Roman Petrouchine et Juliette Leconte présente en effet l'intérêt de ne pas systématiser la clinique auprès des MNA à celle du psychotraumatisme. Les auteurs présentent ainsi une clinique des transferts : ceci permet de rendre compte de la difficulté des professionnels à se représenter ces jeunes dans leur singularité, de faire état de la « contrainte institutionnelle objective » pour parler des interprétations variables des procédures administratives, et la présence du paradigme du soupçon autour de ce public (sur son âge notamment). Les auteurs résumant en conclusion que « si la clinique du mineur non

⁸⁸ InfoMIE, « Outil pratique. Le repérage des signes de souffrance chez le/la jeune isolé.e étranger/ère », décembre 2016, [En ligne], consulté le 31/07/2018. URL : http://www.infomie.net/IMG/pdf/infomie_outil_pratique_signes_souffrance_2016.pdf

⁸⁹ RUDY Hugo, « Trauma complexe et processus de reconstruction... d'un jeune bacha bazi afghan », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 69-79.

⁹⁰ PETROUCHINE Roman, LECONTE Juliette, « Le mineur non accompagné : penser les mots, penser la clinique », *Écarts d'identités*, n°129, janvier 2018, p.45-49.

accompagné rejoint celle du traumatisme chez le sujet migrant, elle est modulée par certaines spécificités liées à l'âge, aux circonstances du départ et aux parcours migratoires, à l'absence d'une figure tutélaire familiale sur le territoire français qui à la problématique du deuil, associe fortement celle de la nostalgie ». Ainsi, ces professionnels du psychisme mobilisent les facteurs de vulnérabilité évoqués précédemment pour expliquer l'importance de la souffrance psychique de ces jeunes.

A partir de là, pour finir ce chapitre nous pouvons poursuivre l'analyse de la vulnérabilité que proposait Axelle Brodriez-Dolino en la considérant à l'échelle micro de l'individu. Ceci permet de prendre en compte ses causes (processus déjà évoqués), ses symptômes (qui se révèlent donc particulièrement dans l'état de santé global dégradé des MNA) et ses traitements. Cette dernière dimension nous emmène donc sur la seconde partie de notre travail. De plus, la manifestation des symptômes de la souffrance psychique n'est pas réservée aux professionnels du psychisme et se posent à tous les accompagnants, professionnels ou bénévoles. Ainsi une attention particulière à la souffrance psychique permet de considérer l'ensemble des facteurs de vulnérabilité et *in fine* de penser à l'accompagnement dans la singularité. Alors, penser la santé mentale permet une approche du public par ses vulnérabilités et de réunir un large panel de profils d'acteurs (du statut de professionnels à celui de bénévoles, du champ social au sanitaire, sur différents secteurs temporels des parcours) qui offre une compréhension collective plus approfondie du public qui fait ressource⁹¹ pour les accompagnants et nous permet de questionner la « prise en soin » globale des jeunes. L'approche par les vulnérabilités est également plus opérante pour les accompagnants que les critères administratifs. Ceci nous amène dans ce second chapitre et dans la seconde partie à utiliser davantage la désignation de « jeune vulnérable » tant elle a été favorisée sur notre terrain d'enquête.

Pourtant sur le terrain, les pratiques des accompagnants sont bien prises en étau entre ces deux types de catégorisation. C'est pour cela qu'il nous a semblé important de poser ce socle tant il est explicatif du terrain. Les nombreux débats possibles à de multiples niveaux du dispositifs (manque de pilotage de l'État, manque de moyens alloués par choix politique, possibilités de recours aux tests osseux, diversités des pratiques d'évaluation sociales) témoignent de sa défaillance pour protéger les jeunes. C'est en effet dans cette « défaillance du cadre » que s'inscrit l'accompagnant de professionnels sociaux, de soignants ou le soutien bénévole militant qui émerge en réponse au manque de protection par le service public. Cette explosion du cadre institutionnel administratif et juridique impacte fortement les pratiques tant par les logiques d'actions que par

⁹¹ Référence aux Coordinations santé mentales migrants Rhône.

les missions qui sortent des cadres d'action initiaux des acteurs. Pour les jeunes les « plus vulnérables » : Comment les acteurs agissent auprès des jeunes pour tenter de « prendre soin » d'eux ? Comment perçoivent-ils leurs pratiques ? Comment s'organisent-ils ? Quel accompagnement est proposé ?

PARTIE 2 : Enquête de terrain : Quelles formes d'accompagnement pour les jeunes vulnérables ? Une « prise en soin » invisible et fragile.

Cette partie de mon travail implique un changement d'échelle. La lecture de la première partie est plutôt nationale. A présent, nous passons à l'échelle de ceux qui accompagnent dans ce cadre posé par le niveau national. La sensibilité du contexte local lors de l'enquête nous invite à rappeler la temporalité des propos utilisés entre avril et juillet 2018. Je me permets un encadré pour préciser le contexte territorial.

Encadré n°1 : Contexte territorial de la prise en charge des MNA par la Métropole de Lyon dans le cadre de ce travail

Mon stage a lieu entre le 26 février 2017 et le 27 juillet 2018. Au début de cette période, l'évaluation et le suivi des MNA se fait par un service de la Métropole : la MEOMIE (Mission d'Évaluation et d'Orientation des Mineurs Isolés Étrangers). Je comprends lors de la première coordination santé mentale migrants que l'équipe est débordée et les délais d'évaluation des primo-arrivants sont importants, ce qui précarise la prise en charge de ces jeunes pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

En avril 2018, la mission de mise à l'abri et d'évaluation est déléguée à Forum Réfugiés qui ouvre le CMAE (Centre de Mise à l'Abri et d'Évaluation) qui vise à effectuer l'évaluation des jeunes dans un délais de cinq jours pendant leur mise à l'abri en proposant 25 places d'hébergement. Une période de transition instaure un certain flou aux yeux des acteurs concernés par l'accueil de ces jeunes. Finalement, les évaluations sont réalisées par l'équipe du CMAE qui rend un avis à la MEOMIE qui prend la décision de prise en charge ou non, sans connaître le jeune. La MEOMIE oriente ensuite les jeunes vers des hébergements provisoires en attendant la décision du juge des enfants. Les délais de cette décision sont longs et les places d'hébergements provisoires ne sont pas libérées.

En outre, au début de l'été, la Métropole appelle de nombreux acteurs impliqués dans la prise en charge des MNA (professionnels, institutionnels et bénévoles) à des ateliers de concertation dont les résultats seront connus à la rentrée 2018. En parallèle, l'accélération des évaluations en cinq jours théoriques et les décisions de prise en charge administrative prises à la lecture d'un avis écrit, s'imposent comme un nouveau moyen de « trier » les jeunes aux yeux des bénévoles militants qui le vivent d'autant plus mal que les expulsions de squat pour mineurs isolés s'enchaînent à partir du début de l'été. Les tensions entre acteurs sont palpables.

Par ailleurs, dans cette partie, nous parlerons de « manque de moyens humains » à la MEOMIE. Cette affirmation se justifie par des témoignages évoquant un travailleur social pour un peu plus d'une centaine de dossier et l'absence de professionnel soignant. Cette situation était celle pendant ma présence sur le terrain.

Si le contexte temporel et territorial est essentiel, les lectures qui viennent donner un cadre d'analyse aux pratiques de terrain nous permettent de valoriser l'intérêt de cette enquête par entretiens et observations participantes par l'hypothèse que d'autres bénévoles et professionnels pourront se reconnaître dans cette partie. Une intuition renforcée par des échanges informels avec des acteurs d'autres départements évoquant la même importance de la mobilisation citoyenne, les mêmes problématiques psychiques, les mêmes difficultés d'accompagnement dans un même contexte organisationnel tendu... Une intuition renforcée par la réaction d'un jeune étranger-

lyonnais après la diffusion d'un film documentaire⁹² « Mineurs Isolés Étrangers » présentant la situation de jeunes à l'hôtel dans un autre département français, il s'adresse à la bénévole du film présente à la projection : « *Je me suis senti dans ce film, merci maman d'avoir donné l'occasion à mes frères de s'exprimer au monde entier. Des gens vont savoir pourquoi des petits noirs sont là, ont quitté leur pays. Merci, de la même manière que je remercie les étudiants qui nous guident* ». Alors si le « public concerné » peut se reconnaître d'un département à l'autre malgré les disparités territoriales qui n'autorisent pas la généralisation, je me permets d'émettre l'hypothèse que bénévoles et professionnels accompagnant les jeunes vulnérables peuvent aussi se reconnaître d'un département à un autre.

Ce détour par « le terrain » me permet de prendre ma problématique dans un autre sens. Je constatais après mes premières lectures que le cadre de prise en charge était défaillant. Pourtant dans les coordinations santé mentale migrants Rhône, je rencontrais des professionnels et bénévoles bien déterminés à « prendre soin » des jeunes MNA en se questionnant vivement sur leurs souffrances. De là, j'ai souhaité comprendre comment les acteurs s'organisaient pour que les jeunes puissent avoir accès aux soins de santé. Cette partie montrera donc comment bénévoles et acteurs prodiguant des soins parviennent à assurer un minimum d'accès aux soins tout en saisissant que ceci s'inscrit dans une « prise en soin » plus large qui se traduit par des micro-actions mises en place hors des missions habituelles de chacun.

Cette s'appuie essentiellement sur les observations participantes réalisées aux permanences du collectif AMIE, sur les entretiens réalisés et les échanges dans les coordinations santé mentale migrants Rhône. Le contenu peut être étayé par des références. Je regrette de ne pas avoir pu réaliser des observations dans les PASS ou ai CASO de Médecins du monde qui m'auraient permis d'approfondir la question de la collaboration entre bénévoles et soignants autour des jeunes.

Chapitre 1 : L'accompagnement des bénévoles et citoyens pour répondre aux besoins dans l'urgence

Ce premier chapitre aura pour nœud central la permanence du collectif AMIE dans laquelle nous avons effectué des observations participantes qui furent fructueuses pour saisir l'ampleur de la complexité des accompagnements des jeunes les plus écartés des dispositifs de protection. L'objectif délicat du chapitre est de rendre compte de l'ampleur qu'a pris aujourd'hui l'accompagnement citoyen tout en en présentant ses faiblesses. Il s'agira donc de saisir comment la complexité de leur organisation parfois précaire cumulée à l'ampleur de leur engagement (en termes d'action et d'affects) appellent un soutien et de comprendre en quoi les bénévoles occupent

⁹² Annexe 2 : Soirée ciné-débat organisée par l'Orspere-Samadarra le 24 mai 2018.

un rôle déterminant pour l'accès aux soins de nombreux jeunes. Ainsi la première section montrera d'abord que le type d'organisation en réseau et l'évolution des actions résulte essentiellement de l'adaptation face à l'urgence des besoins. Elle fera état d'une sorte de réseau de prise en charge parallèle. Ceci permettra de comprendre dans la deuxième section que les bénévoles occupent une grande place dans « les soins » des jeunes mais qu'ils peuvent aussi être « fragiles » face à la souffrance des jeunes.

1. Structuration de l'action citoyenne en soutien au MNA

Cette première partie vise à présenter la permanence dans laquelle nous avons effectué notre enquête sous le prisme de son organisation interne et externe ainsi que de ses actions.

1.1. Dans l'urgence : l'émergence d'un réseau d'actions

1.1.1. Aux origines de la permanence : quatre associations

L'action autour des mineurs isolés étrangers à Lyon a émergé pour répondre à une urgence. Des jeunes à la rue. Retour sur sa formation. En 2014 est créé le Collectif inter-associatif de défense des droits des étrangers (le Ciadde) qui regroupe les Amoureux au ban public, la CIMADE, Médecins du Monde, La Ligue des Droits de l'Homme (LDH) et Réseau Éducation Sans Frontière (RESF). Ce collectif se donnera un axe de travail auprès des mineurs non accompagnés. À l'origine, la plupart des jeunes étaient ou accompagnés par RESF⁹³ qui avait un groupe de travail spécifique. Quelques jeunes étaient également suivis à la LDH. C'est donc assez naturellement que des membres de ces deux associations ont rejoint la mission du Ciadde sur les MNA, avec Médecins du Monde (concerné du fait des jeunes reçus pour des soins au CASO) et la Cimade. Face au constat de jeunes à la rue après leur évaluation à la MEOMIE, une première réunion a lieu en mai 2016. Il s'agit de créer le collectif d'Accueil pour les Mineurs Isolés Etrangers (Collectif AMIE). Il faut ensuite mettre les choses en place et la première permanence a lieu en février 2017 à la Marmite Colbert (salle associative mise à disposition par la Mairie du 1^{er} arrondissement de Lyon).

La permanence est donc assurée par des bénévoles essentiellement de RESF et de la LDH. Le bénévole interrogé⁹⁴, Denis, nous informe qu'un bénévole de la Cimade vient de temps en temps pour assurer un lien. Il nous dit aussi que Médecins du Monde a beaucoup participé aux réflexions de départ et quelques bénévoles viennent également à « la Marmite ». Enfin une proximité physique entre les locaux du CASO de Mdm, la Cimade et « la Marmite » permet de faire des liens. Par exemple il nous est arrivé à la suite d'une permanence d'accompagner un jeune souffrant à la cheville à Médecins du monde. Si les quatre associations ne sont pas systématiquement

⁹³ Sur ces actions : le film « Exils adolescents » d'Antoine Debos. URL : <http://www.balibari.com/films/exils-adolescents/>

⁹⁴ Entretien 8 : Bénévole AMIE

« représentées » les mercredis matin, les liens demeurent via l'activation des relations, c'est ce que nous verrons quand nous aborderons le fonctionnement en réseau des bénévoles autour des MNA. En outre, des habitants et citoyens non rattachés aux associations participent aussi activement aux permanences. Cet hétéroclisme permet de rassembler des compétences et connaissances diverses qui ont développé l'accompagnement des jeunes au-delà des expertises juridiques. Denis nous décrivait l'organisation du collectif comme « *ce machin difforme* » qui « *peut étonner* » de l'extérieur mais qui « *tient* ».

Pour comprendre justement comment « ça tient », commençons par un focus sur le fonctionnement « interne » de la permanence. Elle a lieu tous les mercredis matin et accueille tous les jeunes qui ont besoin d'un soutien dans leurs parcours. De 8h à 9h les bénévoles se réunissent autour d'un café pour partager les points d'actualités, s'informer sur les actions, prendre des décisions. Parfois ils évoquent des situations particulières afin de partager des solutions trouvées, ou d'avoir les conseils des autres, ou pour signaler une urgence. L'ordre du jour est décidé le matin même : ceux qui le souhaitent annoncent le point qu'ils veulent aborder. Le contenu est toujours très dense, les discussions animées et souvent les points jugés moins prioritaires sont reportés à la « réunion du vendredi⁹⁵ » ou au mercredi suivant. Le temps de cet échange est en effet limité par l'arrivée des jeunes aux alentours de 9h. Les échanges sont souvent vifs et les décisions portent sur divers sujets. Il peut s'agir de débats organisationnels (la forme que doit prendre les compte-rendus par exemple), stratégiques (les formes que doivent prendre des actions : communiqué ou conférence de presse, rassemblements, lettre ouverte, *et cætera*).

Une fiche de dossier est créée pour chaque jeune qui arrive pour la première fois. Ces fiches sont manuscrites, consultables sur place avec un répertoire. Tous les dossiers sont informatisés par un bénévole qui les actualise selon les avancées du parcours. L'organisation de l'espace n'est pas définie et l'accueil des jeunes ne se fait pas selon ce qu'on pourrait appeler des « thématiques » ou des « pôles d'expertises » (en fonction d'un besoin : cours de français, occupations sociales, conseils juridiques) ; chaque jeune peut venir exprimer sa demande à chaque bénévole. Nous identifions toutefois de rapides consignes organisationnelles à la fin de la réunion matinale : les bénévoles se mettent d'accord sur ceux qui accueilleront les « nouveaux » et sur celui ou celle qui sera responsable du bar pour servir le thé, le café et distribuer le petit-déjeuner. Nous avons également identifié un bénévole « expert » sur la scolarisation et de ce fait très sollicité par les jeunes en attente. Un bénévole responsable du budget⁹⁶ essentiellement utilisé dans les recharges téléphoniques pour faire contact avec les jeunes et de ce fait également très sollicité. Nous

⁹⁵ Je n'y suis jamais allée. Il semblerait qu'il s'agit d'un espace d'échange moins contraint par le temps, souvent utilisé pour rencontrer des partenaires.

⁹⁶ Le budget du collectif est essentiellement basé sur des dons.

estimons que les autres bénévoles sont davantage sollicités par les jeunes dont ils assurent le suivi. En effet, nous avons pu observer que les jeunes favorisent un lien continu avec le même bénévole qui connaît leur parcours, comme en témoignent les extraits de nos observations suivants laissant apparaître la problématique de l'attachement chez les jeunes.

23/05/2018

Kobé m'interpelle « tu sais si Marie est là ? », « elle est passée ce matin mais est déjà repartie », « ah », il sourit, je lui demande si ça va, « oui ça va merci ».

30/05/2018

Je croise Kobé qui me demande si Marie est là, je lui dis qu'elle n'est pas là. Il me demande si je peux l'appeler car il voudrait lui donner des nouvelles. Je lui dis que je ne suis pas sûre qu'elle soit disponible, je lui envoie un message pour lui demander. Kobé reviendra me demander en fin de matinée si Marie m'a répondu, non.

Beaucoup de jeunes sollicitent également les bénévoles « simplement » pour échanger. Les points de contacts entre jeunes et bénévoles sont donc autant liés à la disponibilité du moment, que l'état d'esprit du moment, du besoin, et de la sensibilité du bénévole qui n'apporte pas le même type de réponse (juridique ou sociale par exemple). Nous avons ainsi pu rencontrer un jeune qui était suivi dans sa procédure administrative par un bénévole depuis plusieurs mois. En adressant un ami vers un autre bénévole il a pu découvrir les cours d'informatique proposé par la médiathèque dont il n'avait pas eu connaissance avant. Nous percevons également un moment de flottement entre la fin de la réunion et le début de la permanence où certains bénévoles en profitent pour échanger en bilatéral sur un cas précis, où d'autres tentent d'organiser l'espace.

1.1.2. Organisation en réseau complexe

Il est à présent important d'expliquer comment la permanence agit au sein d'un réseau relationnel, « en bonne intelligence⁹⁷ » avec d'autres partenaires.

Lors de notre entretien, Denis nous explique les liens qui existaient avec l'accueil de jour « Sésame » du Secours Catholique. En effet en parallèle de la création de la permanence de la Marmite, Sésame a été mis en place par le Secours Catholique qui permettait de répondre aux besoins primaires (hygiène, habillement, nourriture) tout en développant des cours de français, de maths, d'informatique, des activités culturelles ou sportives animés par des bénévoles. Il y avait donc une forme de spécialisation, « la Marmite » assurant davantage un suivi du parcours, là où Sésame propose « un accueil de vie ».

Au-delà de cette organisation par « spécialisation », les deux étaient complémentaires pour « faire contact ». D'abord, l'ouverture 7j/7 de l'accueil Sésame permettaient aux bénévoles de l'AMIE de transmettre aux jeunes des informations essentielles relatives aux convocations chez le juge,

⁹⁷ Expression reprise des dires des bénévoles lors de leurs réunions du mercredi matin.

l'avocat, le médecin, les tests scolaires. Les bénévoles appelaient le Secours Catholique qui pouvait transmettre l'information si le jeune était à Sésame. Aussi, le Secours Catholique offrait une adresse de réception des papiers des jeunes envoyés d'Afrique.

Le bénévole me parle aussi du rôle des avocats dans la « chaîne » avec qui les bénévoles travaillent « en direct ». Enfin, il raconte l'arrivée des étudiants dans l'action de soutien depuis fin 2017. Un collectif d'étudiants s'est en effet mobilisé pour répondre au besoin d'hébergement. Ils ont commencé par accueillir beaucoup de jeunes chez eux avant d'ouvrir et d'organiser un squat comme véritable lieu de vie. À mesure du développement de leur action, leur organisation a été reconnue par l'ensemble des acteurs : ils sont très vite montés en expertise sur les parcours juridico-administratifs, organisations et accompagnements groupés aux différents rendez-vous (tests scolaires, médicaux), hébergement d'urgence. Certains étudiants étaient présents selon leurs disponibilités aux permanences de l'AMIE.

Les liens entre les différents partenaires ne sont pas formalisés : il peut s'agir de « double casquettes » de certains, de rencontres informelles, de relations de longue date. Ainsi pour les jeunes sans protection, se dessine un réseau de prise en charge complexe formé d'associations structurées (comme le Secours Catholique), de collectifs (l'AMIE, les étudiants), d'associations spécialisées (Cimade, Médecins du monde), de citoyens. La lecture de l'action est complexifiée par l'indépendance et l'interdépendance simultanées de ces acteurs. Des associations constituent le collectif, des étudiants travaillent avec le collectif tout en menant ses actions, des bénévoles de l'AMIE vont à l'accueil Sésame et inversement. L'essentiel du soutien repose donc sur le réseau relationnel déjà constitué autour du soutien aux étrangers⁹⁸. Les informations circulent énormément par mails, réunions, échanges informels, actions militantes.

Si des discussions apparaissent régulièrement sur la constitution d'une association spécifique, sur la structuration et sur l'organisation de l'action, le fonctionnement en réseau résiste du fait d'une agrégation *a priori* impossible entre des types d'organisations très différents. En outre elle permet aux bénévoles de poursuivre en parallèle leurs engagements dans les associations fondatrices, impliquant une multiplication de l'engagement. Quand elle crée des tensions, le fonctionnement de la permanence en collectif semble être un frein à l'approfondissement de la structuration de l'action mais permet à chacun de garder une certaine indépendance.

1.2. Quelles actions d'accompagnement ?

1.2.1. *Évolution de l'action selon les besoins des jeunes*

⁹⁸ Présenté dans la Thèse de Nicolas Chambon.

Depuis 2015/2016, la problématique identifiée par les associations constitutives du collectif était celle des jeunes évalués par la MEOMIE, rejetés et en situation de sans-abrisme. Ce constat justifie le premier axe d'action du collectif sur un accompagnement juridique. Il s'agissait de permettre par les voies juridiques de donner aux jeunes la possibilité de contester cette décision administrative en saisissant le juge avec un avocat. En accompagnant cette partie des MNA, la mission « *paraissait gérable*⁹⁹ » entre février et le début de l'été 2017. A l'été 2017, beaucoup de jeunes sont arrivés créant « un engorgement » de tous les dispositifs : à l'ASE, au Secours Catholique, à « la permanence de la Marmite ». Dès lors, le profil des jeunes sans hébergement a évolué : aux jeunes rejetés par l'ASE il fallait ajouter ceux en attente d'évaluation (augmentation des délais). Une action des avocats pour remédier à cette situation a débouché sur la création de places d'hébergement (à l'hôtel principalement et quelques places en foyer) par la Métropole à l'automne 2017¹⁰⁰. Si cela a permis de loger de nombreux jeunes, améliorant ainsi leurs conditions de vie, l'hébergement n'était pas synonyme d'accompagnement.

Les objectifs de départ du collectif ont donc progressivement évolué : à l'accompagnement juridique, s'est ajouté un accompagnement vers la scolarisation et aux démarches de santé. En outre l'accompagnement juridique s'est complexifié à mesure que les évaluations s'étendaient dans le temps avec les investigations complémentaires faisant entrer en jeu plusieurs acteurs (avocats, Parquet, Juges des enfants, MEOMIE, PAF, médecine légale, préfecture, *et cætera*).

- *De l'accompagnement juridique à la scolarisation et la santé...*

Le premier type d'accompagnement est donc le suivi du parcours juridico-administratif. Il s'agit de suivre la procédure d'entrée à l'ASE du jeune : évaluation administrative, prises de rendez-vous avec avocats, accompagnement aux audiences, suivi des papiers d'identité (faire venir les papiers du pays d'origine, rendez-vous préfecture, rendez-vous aux consulats et ambassades).

Beaucoup de jeunes placés à l'hôtel par la Métropole sont en attente de scolarisation. Le collectif tente d'accélérer les démarches en prenant les rendez-vous, en accompagnant les jeunes. Du fait du remplissage des classes, les jeunes se retrouvent dans de longues périodes d'attente, pendant lesquelles les bénévoles tentent de les orienter vers des cours de français animés par des bénévoles, de les encourager à se présenter dans les bibliothèques, médiathèques municipales qui proposent des accès gratuits aux livres, à des cours d'informatique.

Enfin nombreux sont les bénévoles et étudiants à accompagner les jeunes dans des dispositifs de santé, nous verrons dans la seconde section puis au travers du chapitre suivant que si cet accompagnement peut présenter des limites, il peut toutefois être un levier essentiel pour l'accès aux soins dans certains cas.

⁹⁹ Entretien 8

¹⁰⁰ Selon l'entretien 8

- **... jusqu'à une réponse au besoin d'écoute ?**

Nous avons également pu observer que beaucoup de jeunes venaient chaque semaine poser une question sur une décision les concernant, sachant pourtant qu'ils seraient contactés par un bénévole s'il y avait une avancée dans leur parcours. Nous avons vu aussi des jeunes venir « dire bonjour », nous avons observé des jeunes passer la matinée à la permanence sans solliciter de bénévole, ou encore des jeunes venus pour discuter. C'est ce que montrent les deux extraits suivants de notre journal de bord :

« Fodé vient ensuite voir Marie. Elle lui demande comment vont ses yeux ? Il dit que ça va beaucoup mieux avec les médicaments. Marie m'explique qu'il a fait de fortes allergies aux pollens. Ensuite il nous raconte qu'il s'est fait voler son sac à dos avec beaucoup de ses affaires. Finalement il n'a pas vraiment de choses à demander à Marie, il semble plutôt venir pour discuter. Il restera avec nous une bonne partie de la matinée. Il sera rejoint par d'autres jeunes pour discuter aussi, parfois on interrompra la conversation pour voir d'autres choses avec d'autres jeunes. (...)

Je reprends le fil de la conversation avec Fodé et Marie. Il n'aime pas trop la nourriture ici et la conversation est partie sur ses plats préférés chez lui. Il parle de ses aliments préférés et nous les dessine quand on ne les connaît pas ou quand on n'est pas sûres d'avoir les mêmes mots. Marie lui demande aussi s'il va à la bibliothèque, pas trop. Elle l'encourage donc à y retourner ».

Nous verrons plus tard que faire des liens avec les pays d'origine fait partie du travail thérapeutique avec ces jeunes. Ainsi en permettant à Fodé d'en parler, nous pouvons estimer que Marie offre une sorte de réconfort au jeune.

Au cours de nos lectures¹⁰¹, nous avons pu percevoir la solitude, les effets de l'attente et de l'incertitude. Les extraits suivants relatifs à l'attente de scolarisation sont saisissants. Le temps d'une matinée, la rencontre avec ces jeunes volontaires pour aller à l'école auxquels nous ne pouvions dire que d'attendre nous a aussi permis de percevoir le sentiment d'impuissance parfois ressentis par les accompagnants (nous en parlerons à propos des professionnels dans le second chapitre). Le choix de garder un nombre conséquent de jeunes qui se présentent vise à transmettre ce ressenti.

« A 9h54, Kassim vient voir Annie, je ne me souviens plus exactement pourquoi mais il me semble que ce jeune a passé ses tests au CASNAV et qu'il atteint un positionnement. Annie lui dit qu'elle rappellera et le rappelle dès qu'il y a du nouveau « si j'appelle pas c'est qu'il y a rien ». Elle se fait un post-it pour ça.

Issam s'assoit à son tour, à la MEOMIE il n'a vu son AS qu'une fois. Il a été orienté en bac pro après ses tests. Il est à l'hôtel depuis le 24/07/2017 et veut une place en foyer. Annie comprend bien... « ben oui en plus tu en a marre de manger à Charpennes, c'est dégueulasse la-bas ! », il rigole. Il explique aussi pourquoi il en a marre de l'hôtel « nous on est comme ça à l'hôtel, les gens dans les couloirs ils sont tout beaux, j'en ai marre. Je crois que c'est lui qui répond à Annie,

¹⁰¹ Revue de l'enfance et de l'adolescence, 2017/2 (n° 96).

calmement mais fatigué « j'en ai marre d'être patient, je crois que j'ai été trop patient là, ça fait longtemps que je suis patient, faut que j'aïlle à l'école ». Annie comprend et accepte.

Un autre jeune vient pour connaitre ses résultats de tests, Annie lui dit qu'il les a passés il n'y a pas longtemps et qu'il fallait attendre un peu. Elle fait aussi un post-it, elle appellera pour tenter de comprendre pourquoi il a fait ses tests en décembre et que les résultats ne sont toujours pas sortis. Les post-it s'accumulent. (...)

Un autre jeune vient demander des nouvelles de son affectation. Il a été évalué en MLDS mais pas de nouvelles. « Ah mon pauvre, MLDS il n'y a pas de place, tu es trop bon mon pauvre, il faut attendre ». Le jeune semble blasé, ne dit rien. Annie lui dit de continuer d'aller au Secours Catholique prendre les cours de français en attendant. Il repart.

Sega vient aussi voir Annie pour « avoir des nouvelles de l'école ». Il devrait être en UPE2A, Annie va rappeler pour demander pourquoi il n'est toujours pas affecté. « Et beh dis donc, aujourd'hui j'ai beaucoup de choses à demander ! » s'exclame Annie.

Alhasanne s'assoit devant nous : « ça fait 10 fois que je viens demander ! ». Lui aussi est orienté en MLDS, il n'y aura probablement rien avant septembre... »

Les contours d'une autre mission se dessinent : celle de la simple présence, l'écoute et du lien. Cette mission est implicite et relativement investie selon chaque jeune et chaque bénévole. Nous estimons que cette forme de mission résulte aussi d'un besoin qui fait le lien avec les trois premiers : un besoin de soin. C'est ce besoin à la fois criant (il nous saute aux yeux lors de nos premières observations) et muet (il ne s'exprime quasiment jamais) qui appelle des formes de réponses très variables. Certains bénévoles vont s'attacher « aux petits pas » que constituent une orientation vers des activités « pour passer le temps », d'autres vont discuter et plaisanter, d'autres fourniront un ticket de métro, *et cætera*. Ce besoin s'exprime sous forme d'une souffrance palpable. La jeunesse du public accompagné renforce les sensibilités et les affects : alors l'accompagnement de certains bénévoles perce la sphère militante pour s'inviter dans la sphère privée avec un accueil à domicile parfois prolongé. Un des bénévoles a mentionné « la surpopulation des colocations étudiantes » et une disponibilité téléphonique allant jusqu'à 24h/24 pour certains.

L'écoute vient donc s'imposer comme dernière mission implicite à la permanence malgré une organisation peu adéquate pour cela : le local est bruyant avec une cinquantaine de jeunes dedans, les espaces de dialogues ne sont pas intimes et l'urgence de certains cas relaye le dialogue avec d'autres au second rang. Cependant si elle s'invite dans les missions de l'accompagnement, nous estimons que c'est parce qu'elle est inévitable face aux besoins de ces jeunes. Ainsi l'action d'accompagnement des bénévoles est très large et s'adapte en permanence aux besoins. Cela est notamment permis par l'organisation souple dans cadre rigide d'action. Nous verrons cependant que ce manque de cadre peut aussi être faiblesse quand on l'entend comme un tiers soutenant. Par « tiers » nous entendons par exemple un projet institutionnel, une autorité, une équipe, un

cadre théorique. Par « soutenant », nous avançons l'idée que ce tiers permet aux accompagnants de prendre une distance qui peut s'avérer protectrice vis-à-vis de la relation avec la personne accompagnée¹⁰². Ainsi l'action des bénévoles à lieu sans tiers soutenant, nous y reviendrons en seconde section.

1.2.2. Une double logique d'action qui en complexifie la lecture

Dans les trois secteurs essentiels d'action de la permanence, nous observons une double logique d'action qui vient également complexifier la compréhension de l'action du collectif. En effet nous observons une logique d'action selon le cadre juridico-administratif qui explique toute une série d'actions d'accompagnement dans ce parcours et qui est régie par un temps lent ponctué d'urgences et long. De l'autre côté, nous observons la tentative de mise en place de réponses hors des cadres institutionnels qui visent à répondre aux besoins dans un temps court. C'est parce que la première logique se heurte aux difficultés d'accès au cadre institutionnel offrant parfois une protection limitée en termes d'accompagnement que la seconde logique d'action se met en place. Cette double logique témoigne de la défaillance du dispositif public à assurer la protection des jeunes face à un appel de réponse globale : administrative, socio-éducative et médicale. Nous allons maintenant rendre compte des actions des bénévoles pour apporter des réponses aux besoins de soins, pendant essentiel de cette approche globale.

2. Un rôle clé et fragile dans les parcours de soins des jeunes vulnérables

Cette seconde partie vise à montrer comment les jeunes écartés des services de l'ASE dépendent beaucoup des bénévoles pour leur parcours de soins. Nous tenterons ensuite de montrer comment ces derniers sont confrontés à la souffrance des jeunes.

2.1. Le bricolage d'un parcours de soins

2.1.1. Le bénévole qui permet l'accès aux soins

Les bénévoles et étudiants jouent un rôle important dans l'accès aux soins des jeunes en manque d'accompagnement. Dans un premier temps les bénévoles permettent un repérage des besoins de santé. Pour les jeunes isolés à l'hôtel qui ne parviennent pas à joindre leur référent social, venir à la permanence permet d'exprimer un besoin ou d'en repérer un par le bénévole. La santé n'étant pas toujours priorisée dans les prises en charges, les bénévoles demandent par exemple aux jeunes s'ils ont eu des vaccins en France ou avant en Europe. En cas de besoin ils les accompagnent au CASO de Médecins du Monde ou dans une des PASS (généraliste, pédiatrique et

¹⁰² Sans recherches théoriques, j'ai appréhendé cette notion dans le cadre de l'Orspere-Samdarra, elle était fréquemment invoquée dans les coordinations santé mentale migrants Rhône.

éventuellement psychiatrique). Nous appelons alors les travaux d'Edouard Gardella¹⁰³ qui considèrent la dernière dimension du *care* dans sa vision processuelle proposée par Joan Tronto, celle de la réception de l'aide (après les phases de l'inquiétude pour le besoin d'autrui, la conception de réponses à ces besoins et la prise en charge concrète de ces besoins). Alors ces actions de « repérage » pourraient rejoindre ce que l'auteur présente comme la « vigilance continue et réactive » qui caractérise une relation de *care* symétrique. C'est-à-dire que « le contenu de la réception de l'aide explicité par les aidés conduit les aidants à systématiquement et continûment adapter leur pratique ». Cette définition rejoint aussi l'évolution des missions du collectifs selon les besoins. Nous verrons plus tard que cette relation de *care* à tendance symétrique peut coexister avec une relation plus asymétrique qui peut fragiliser la « prise en soin » des jeunes.

Dans un second temps l'accompagnement physique des bénévoles au rendez-vous médicaux peut avoir une valeur précieuse. En effet, si la question du représentant légal est un premier frein pour certains médecins, d'autres médecins prennent tout de même l'initiative de recevoir les jeunes. Toutefois la profonde préoccupation des professionnels prodiguant des soins de santé se situe davantage dans l'isolement socio-éducatif des jeunes. Ils peuvent être très inquiets d'annoncer des diagnostics lourds sans certitude que le jeune sera soutenu, accompagné en quittant la consultation. Nous y viendrons dans le chapitre suivant mais l'assurance que le jeune pourra venir accompagné et que quelqu'un suivra son parcours de soin parfois complexe rassure les soignants qui se sentent plus à l'aise pour engager des soins. En outre, pour certains jeunes, la présence d'un tiers connu de confiance peut être rassurant pour amorcer les consultations, le dialogue. Ainsi les bénévoles jouent parfois le rôle d'une sorte de *gate keeper* vers l'accès aux soins.

2.1.2. *Le bénévole pour construire le suivi*

Les bénévoles participent aussi au « bricolage » d'un parcours de soin dans le sens où ils concourent au suivi médical de certains jeunes. D'abord, par un accompagnement physique. En effet les assistantes sociales des PASS interrogées nous confiaient que pour de nombreux jeunes, il était compliqué de poursuivre les soins au-delà de la première consultation. Il est complexe pour certains jeunes d'honorer leurs rendez-vous chez des spécialistes ou ceux-ci ne veulent pas les recevoir sans accompagnant ou beaucoup de jeunes ne sont pas en mesure d'aller en pharmacie chercher leurs traitements. Ces difficultés peuvent être liées à la barrière linguistique, à la complexité du système de soins, à une souffrance psychique qui prend trop de place pour organiser les rendez-vous et le traitement. Ainsi l'accompagnement du bénévole permet une attention sur ces deux points.

¹⁰³ GARDELLA Édouard, « Sociologie de la réflexivité dans la relation d'assistance. Le cas de l'urgence sociale », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 59 - n° 3 | Juillet-Septembre 2017, mis en ligne le 02 août 2017, consulté le 31 juillet 2018. URL : <http://journals.openedition.org/sdt/853> ; DOI : 10.4000/sdt.853

De plus, les bénévoles ont fait le constat de certaines difficultés dans le parcours de soins. Il y avait des jeunes qui se présentent à plusieurs endroits avant de voir un soignant, des risques de doublon d'examens quand les informations ne sont pas transmises. Pendant notre période d'observation, nous avons ainsi pu assister à la création d'un « carnet ». Il s'agissait de quelques feuilles reliées sur lesquelles on pouvait inscrire nom, prénom, date de naissance, il y avait aussi les adresses des différents « endroits clés » pour les jeunes vulnérables et enfin des feuilles vierges pour assurer transmission d'informations entre les acteurs. Son rôle n'était pas cantonné au secteur de la santé mais plutôt pour lister les différents rendez-vous afin de suivre le parcours global du jeune. Aussi les bénévoles participent à des réflexions avec Médecins du Monde et l'ARS pour élaborer une sorte de livret consacré à la santé pour suivre les démarches du jeune et éventuellement indiquer les contacts qui connaissent le jeune. Pour Mdm, le salarié interrogé¹⁰⁴ nous confirmait que des outils de ce type sont importants pour le suivi des jeunes : « *Nous on est plus que preneurs pour dire "il est passé par chez nous si vous avez des questions", l'idée c'était aussi de favoriser le lien pour rassurer des médecins ou des travailleurs sociaux en disant "il est passé ici, il y a un interlocuteur, il y a éventuellement quelqu'un qui peut venir le chercher" et donc nous les outils qu'on a mis en place, il y a donc ce livret qui est pour l'instant assez interne Mdm, Secours Cath' et cætera mais le jeune il en fait ce qu'il veut, il peut le montrer à l'hôpital* ». En outre, le médecin de la PASS pédiatrique nous informait : « *Moi de toute façon, tous les patients qui sont venus, qui viennent à la PASS, je leur donne un carnet de santé, donc ils sortent tous avec un carnet de santé où je note les examens réalisés et où je peux noter le prochain rendez-vous, les vaccins avec le tampon, donc ils voient bien qu'il a été vu par la PASS pédiatrique* ».

2.2. Des bénévoles en « face à face » avec la souffrance des jeunes

2.2.1. Les bénévoles accueillent les souffrances des jeunes fragilisés

Comme nous l'avons vu, la simple porte ouverte de la permanence constitue une action d'accompagnement des jeunes. Si les locaux ne sont pas propices à une écoute prolongée, individualisée et confidentielle, les bénévoles accueillent la parole des jeunes et repèrent les jeunes le plus en souffrance. Pour des cas extrêmes, ils ont pu faire des actions de signalement auprès du Procureur. Enfin un bénévole psychologue du collectif, Georges, a mis en place un groupe de parole qu'il anime le vendredi matin pour permettre aux jeunes qui en ont besoin de trouver un espace de parole, de partage. Quand un bénévole reçoit un jeune à la permanence dont il remarque une souffrance importante ou handicapant significativement son autonomie, il peut solliciter le bénévole psychologue pour faire un lien et le groupe de parole est proposé au jeune qui est libre

¹⁰⁴ Entretien 7

d'accepter ou non. Ci-dessous un extrait de nos observations à la permanence qui illustre ce relais vers le groupe de parole :

Annie s'adresse de nouveau à Kamara qui est encore plus éteint. Annie lui dit : « ça va pas toi aujourd'hui ? ». Le jeune craque, pose sa tête sur la table entre ses bras. Annie appelle Georges « tu viendras voir ici après, ça va pas fort ». Annie dit au jeune qu'il a le droit de pleurer. Kamara sort un mouchoir de sa poche et sèche ses larmes, toujours en se cachant. Annie lui explique que Georges propose un groupe le vendredi pour discuter au calme. En même temps Martine vient demander l'avis sur une situation pour son avis : « c'est très bien ça ». Amélie [une étudiante arrive], elle connaît Kamara, il est hébergé au squat, elle le reconforte et l'invite à venir prendre l'air avec elle, elle lui parlera des ateliers de Georges. (...)

Amélie revient, elle nous montre les documents scannés de Kamara. Il s'agit de jugements supplétifs¹⁰⁵, authentifiés par le ministère. Georges, Amélie et Annie se mettent d'accord pour la procédure pour envoyer de l'argent à la cousine de Kamara afin qu'elle puisse envoyer les papiers.

Je demande à Georges combien de jeunes il écoute le vendredi, ils sont un groupe de cinq à sept qu'il anime avec une autre psychologue. Je lui demande si le repérage des jeunes qui vont dans ce groupe se fait selon un processus similaire à la situation de Kamara ce matin. Il me dit que oui, les jeunes qui manifestent un comportement de souffrance, c'est-à-dire soit un repli extrême sur eux-mêmes, soit une agitation excessive, on leur propose. « On ne force jamais. Et pour essayer de faire un lien, je me présente au jeune avec le bénévole qui le connaît le mieux, on parle tous les trois, j'explique ce qu'on fait dans le groupe et le jeune décide tout seul s'il a envie de venir ». Je demande « c'est ce que vous avez fait ce matin avec l'étudiante ? Kamara veut venir vendredi ? ». « Oui voilà c'est ça, oui je crois qu'il était intéressé ».

2.2.2. Les bénévoles en collusion avec les souffrances : un besoin de soutien ?

Lors d'une des coordinations santé mentale migrants organisées par l'Orspere-Samdarra, Georges nous expliquait l'hyper proximité des bénévoles avec la souffrance des jeunes, ce que l'on peut ressentir dans l'extrait précédent. Familièrement il nous explique qu'avec les bénévoles, c'est « *bugne à bugne* » pour évoquer la collusion immédiate avec la clinique du traumatisme. L'intervention du jour était sur le risque d'excès de compassion dans l'accompagnement bénévole, Georges confirmait : « *Très clairement les collectifs c'est ... on est dans l'excès de pitié, l'excès de sollicitude, y'a vraiment un engagement avec tout ce que ... l'envers du mouvement c'est-à-dire qu'au bout d'un moment y'a... c'est persécution. A l'AMIE on a essayé d'installer un travail d'analyse des pratiques, on va dire les choses comme ça, qui marche moyennement bien quoi* ».

L'absence de tiers pour les bénévoles peut venir fragiliser leurs actions. Le salarié de Médecins du Monde rencontré lors d'un entretien confirme qu'il sent les bénévoles submergés par les situations dramatiques des jeunes : « *il y a un gros besoin à mon avis, il y a un énorme besoin de*

¹⁰⁵ Un "jugement supplétif" est la décision que prend un tribunal pour remplacer un acte authentique dans les cas où ce dernier n'a pas été réalisé ou a été détruit. Les jugements supplétifs des jeunes concernent leur naissance.

soutien. De mon regard aussi je trouve que c'est difficile de construire une alliance politique et un discours de plaidoyer commun du fait de cette charge car c'est trop explosif, ils sont débordés, c'est pas de l'ordre du jugement par rapport à leur action mais on sent que c'est... ils s'épuisent, ils s'épuisent... Nous on a soutenu la mise en place de cette permanence pour ça mais en fait il y aurait besoin de plus de soutien pas en termes "avoir plus de bénévoles", même si avoir plus de bénévoles ça servirait bien sûr à aider des jeunes mais sur le long terme, il y a besoin de soutien pour structurer l'action, parler, se poser ». Ce témoignage est révélateur de la tension qu'il existe autour de l'accompagnement citoyen des jeunes vulnérables. Une tension que nous avons pu ressentir dans plusieurs permanences et échanges sur le sujet qui peuvent finir par être préjudiciables pour les jeunes quand les affects ne sont pas contrôlés ou les signaux de souffrances pas entendus.

Nous avons donc vu comment un réseau d'actions bénévoles s'est constitué pour venir en aide aux jeunes vulnérables. Aux origines il s'agissait de faire valoir les droits de protection des jeunes refusés par la protection de l'enfance, aujourd'hui les « citoyens-bénévoles-militants » ont explosé leur cadre original d'action et comblent les manques de l'accompagnement métropolitain. Ce réseau a beaucoup gagné en expertise sur la prise en charge de ces jeunes et concentre nombreuses d'informations. Nous avons vu que l'organisation en réseau présente des avantages de flexibilité, mais montre des limites en n'apportant pas de soutien aux bénévoles qui font face à la souffrance des jeunes. Aussi les bénévoles jouent un rôle important dans l'accès aux soins pour les jeunes les plus éloignés de l'accompagnement socio-éducatif tout en prenant soin des jeunes en étant attentifs aux besoins.

Le chapitre suivant s'intéressera donc aux acteurs du champ médical prodiguant des soins de santé qui rencontrent ces jeunes accompagnés de bénévoles et aux professionnels sociaux des structures d'hébergement. Nous verrons notamment que s'ils bénéficient d'une institution qui peut faire tiers face aux jeunes, ce tiers est endommagé et il n'en demeure pas moins de difficultés pour apporter du soin. Alors, à l'instar de l'ampleur des actions bénévoles, les professionnels dépassent leurs cadres et produisent aussi des actions de *care*, un « travail invisible ».

Chapitre 2 : Les professionnels de l'accompagnement médico-social face à des épreuves de professionnalités

Les acteurs principaux de ce chapitre sont des professionnels « institutionnels » : professionnels de PASS, éducateurs spécialisés de structures d'hébergement, responsables d'équipes particulièrement. Ils ne rencontrent pas les jeunes au même moment de leur parcours ce qui induit des difficultés différentes mais il demeure cependant des difficultés partagées. Séparé pour une question de méthode d'enquête et de restitution, ce chapitre est toutefois lié au

précèdent puisque les difficultés que nous allons évoquer peuvent aussi se retrouver chez les bénévoles. Nous parlerons en outre du travail commun entre bénévoles et professionnels. Enfin les deux chapitres ont pour objectif de visibiliser des formes de réponses aux besoins de « prise en soin » qui émergent dans un contexte dénué de moyens.

Ce chapitre peut être aussi lu « en miroir » du chapitre 2 de la première partie. En effet les vulnérabilités cumulées par les jeunes induisent une complexification de l'accompagnement pour les professionnels qui travaillent en rencontrant des épreuves de professionnalités érodant le sens du travail de certains professionnels (première section). Les professionnels ne sont cependant pas passifs face à ses épreuves et adaptent leurs pratiques pour apporter des réponses aux besoins des jeunes. Ces réponses sont souvent des « micro-actions » qui naissent de l'écoute des besoins et de collaborations entre acteurs différents dans des espaces d'échanges informels ou plus formels (seconde partie).

1. Empilement des facteurs de complexité et épreuves de professionnalité

1.1. Du cumul des vulnérabilités des jeunes aux complexités d'accompagnement

1.1.1. En santé : la question du soin omniprésente et l'importance du traumatisme

Le médecin de la PASS¹⁰⁶ et des urgences pédiatriques (qui estime qu'environ la moitié de la file active est constituée de MNA) nous explique que « *la prise en charge médicale, ça ne change pas fondamentalement* » mais que « *l'accompagnement, quand il y a une annonce à faire, une suite de soins, un traitement à prendre, ça c'est compliqué effectivement* ». Le médecin préfère alors « *attendre qu'il y ait une prise en charge MEOMIE ou qu'il soit accompagné par un collectif, que le jeune ne soit pas tout seul* ». Si le soin strictement médical somatique n'est pas un problème fondamental au sens technique, la santé des jeunes s'ajoute comme un degré de complexité supplémentaire et de pression sur les équipes des dispositifs d'hébergement. Un salarié de Médecins du monde résume la situation : « *la question médicale, elle pète à la figure de tout le monde !* ».

Ainsi dès leur présentation au CMAE, les jeunes posent des problématiques de santé importantes qui ont débordé l'équipe et qui sont trop complexes pour une durée d'hébergement en principe limitée à 5 jours. L'équipe répond aux besoins urgents mais la santé n'est pas au premier plan de l'accueil, considérée comme « *hors des missions* ». Lors de la coordinations santé mentale migrants du 10 juillet 2018, nous avons pu mesurer à quel point les équipes peuvent être désemparées par les questions médicales. Le dialogue suivant (extraits) démarre à propos des difficultés pour ouvrir une AME dès la phase d'évaluation :

¹⁰⁶ Entretien 5

Chef de service CMAE : « - Oui mais sur 5 jours, on ne domicilie pas, donc ça pose problème. (...) On est en train de les évaluer et on a eu ... tout ce que vous pouvez imaginer, qu'on connaissait y'a vingt ans, tuberculose, gale, hépatites B, et je parle pas de suspicion ! Avec un personnel qui a été exposé (...). Ce qui n'est pas nos missions nous, c'est-à-dire qu'on pallie à l'urgence entre guillemets, un enfant qui manifeste des choses lourdes, un peu grave, un peu voire très inquiétantes... y'a aussi des enfants qui arrivent tellement épuisés qu'ils finissent pas se blesser chez nous sur une activité ludique et sportive, le gamin il se pète une jambe parce que en fait il était mort et il s'était pas rendu compte qu'il était mort et il avait envie de jouer au foot, donc on a aussi ça, et quand ils arrivent avec une pathologie de fou, enfin là sur les 25, j'en ai 19... lui il a la tuberculose donc faut faire ça, lui il a la gale donc on est sur de la literie comme ça, ce matin 19 sur 25 ...

Éducatrice foyer jeune travailleur : - c'était pas forcément notre mission à la base quand on faisait de la mise à l'abri, du coup on essayait d'alerter de toute part et alerter la MEOMIE qui s'est engagée dans des cas très précis et on a eu une CMU en 5 jours en urgence de manière de pouvoir dire à l'hôpital « on est en attente pour ce jeune et c'est pas de la 'bobologie' »(...)

Même que nous on est moins rassurés, on est moins, parce que après quand tu sais que y'a un gamin qui est là que 5 jours, que y'a suspicion de tuberculose, ça nous est arrivé, toute l'équipe « ah mon dieu on va porter des masques ! », on va tous être flippés pour nous même, dans un collectif, foyer de jeunes travailleurs, 40 jeunes en plus, donc ça posait aussi des questions hygiènes et sanitaires, du coup on est tous dans l'effervescence, on n'est pas du tout rassurants ... donc voilà une écoute, quand c'est possible hein selon la structure, déjà ça pose un peu les choses

Chef de service CMAE : - c'est sûr que la question du soin sur l'accueil primo et évaluation elle est extrêmement marquée.

Des situations où la raison du départ n'est pas forcément la problématique mais le parcours migratoire, l'arrivée en France, et la prise en charge en France qui génère des troubles extrêmement majeurs avec des situations où on a fait appel au SAMU... ».

Les problématiques de santé mentale sont aussi difficiles à prendre en charge. D'une part du fait des ruptures de parcours induites par les différentes étapes du parcours administratif. La période d'évaluation n'est particulièrement pas propice à la prise en charge en santé mentale :

Chef de service CMAE : « Ouais et nous on est sur un accueil d'urgence, pour faire de la clinique pure ça va être compliqué chez nous parce que les jeunes ils sont pas là longtemps ».

Éducatrice dans un foyer de jeune travailleur au sujet de la période d'évaluation : « Le fait que le jeune arrive dans un endroit où il est évalué, où il ne va pas rester, où il sait pas trop ce qu'il fait là, ça renforce les inquiétudes, et ça focalise sur les « j'ai mal là » et chercher du réconfort quelque part... »

D'autre part « parce que on est aussi sur du trauma en train de se faire, c'est ça la difficulté on n'est pas sur du post trauma et je pense que c'est là aussi où pour les professionnels c'est compliqué la

question du soin » nous rappelle la psychologue coordinatrice de l'Orspere-Samdarra qui reçoit de nombreuses sollicitations¹⁰⁷ d'accompagnants démunis face à des situations de mineurs isolés.

Après la période d'évaluation la présence de ce traumatisme potentiellement en cours pose difficulté aux professionnels. Le médecin de la PASS pédiatrique nous explique que sur « *la prise en charge des psycho traumatismes, on est démuni* ». Il relève un « *cruel manque de structures, de gens formés pour accueillir ces jeunes, de places* ». Il évoque aussi la difficulté de la sectorisation de la psychiatrie où certaines structures vont prendre avant 16 ans, d'autres après. Il résume : « *c'est une population difficile à orienter pour des soins psy avec des délais de consultation très longs, or c'est une population précaire avec un logement souvent instable, donc avoir des rendez-vous à longue échéance c'est compliqué* ». Le médecin explique que le motif de consultation pour ces jeunes est très souvent « *un syndrome algique, des céphalées, des douleurs abdominales, des douleurs dorsales. Il ne faut pas méconnaître le substrat organique, d'où l'importance d'avoir une prise en charge médicale et de pouvoir accéder à un plateau technique, que ce soit biologique, radiologique, échographique, et cætera, mais le plus souvent ça se révèle être une manifestation psychosomatique, la traduction du traumatisme vécu* ». Il nous explique qu'il observait pour une partie des jeunes que la souffrance était souvent liées à l'insécurité de leurs conditions de vie et que « *une fois placés, une fois qu'ils étaient à l'école, le syndrome algique disparaissait, ça montre bien qu'une fois qu'il y a un milieu stable, sécurisé, avec un projet de vie, même à petit ou moyen terme, ne serait-ce que la scolarisation, certaines choses rentrent dans l'ordre* » soulignant ainsi l'interdépendance des actions médicales et socio-éducatives. Le médecin nous répètera souvent le sentiment d'impasse quand il s'agit d'orienter en santé mentale, en formulant notamment le souhait d'un « *temps psychologue* » à la PASS.

1.1.2. Sur l'accompagnement global : qui rencontre qui ?

À la question médicale s'ajoute des difficultés de créer un lien entre professionnels et jeunes car la relation est prise dans des identités multiples et confuses¹⁰⁸. Les équipes les plus exposées au soupçon dans leurs pratiques professionnelles sont celles responsables des évaluations de la minorité. Ainsi le chef de service du CMAE témoignait :

« On a des vrais mineurs, c'est-à-dire qu'on a des mineurs qui sont ici et qui sont dans des états pas possibles et on a aussi, et parce que c'est le jeu et que c'est une stratégie de défense et qu'ils ont bien raison d'essayer si c'est possible, on a des majeurs aussi. Je peux vous dire que ce matin devant ma porte, j'avais un gamin de 14 ans et je sais ce que c'est d'avoir 14 ans, d'avoir 15 ans, même quand on est très grand, même quand on fait 1,90 mètre on peut avoir 14 ans. Mais ce matin clairement je n'avais pas beaucoup de mineurs et c'est-à-dire que

¹⁰⁷ Dans le cadre de la permanence téléphonique hebdomadaire proposée par l'Orspere-Samdarra

¹⁰⁸ PETROUCHINE Roman, KONARE Bintily, et ZEROUG-VIAL Halima, « Les mineurs isolés étrangers. De l'assignation paradoxale comme épreuve de professionnalité », *Enfances & Psy*, vol. 67, no. 3, 2015, pp. 113-124.

y'a aussi une stratégie, on est l'été et vous le savez très bien, il y a beaucoup de structures qui ferment, entre autre des structures avec des violences, du coup on a aussi une tranche d'âge 18/25 qui se présente chez nous et qui nous disent qu'ils sont mineurs parce que effectivement ils cherchent une place d'hébergement et ça tombe dès l'évaluation, on va dire 2 fois sur 5, le jeune fini pas dire " bon ok, ça va je suis juste épuisé "... »

Le poids de la minorité pose aussi problème aux accompagnants qui interviennent autour ou après la phase d'évaluation. Ainsi, « la dialectique du soupçon est une problématique prépondérante autour de ce public¹⁰⁹ ». Il nous apparaît que l'importance de la véracité des propos des jeunes est relative selon chacun mais que cette difficulté normative importe peu comparé à celle pour « établir une rencontre » avec les jeunes. Ainsi un professionnel éducateur l'explique :

« J'ai la sensation d'être dans un paradoxe et me positionner dans un paradoxe c'est très compliqué. C'est-à-dire "oui t'es mineur, t'as 16 ans. Bon t'as l'air d'en avoir 26, mais je vais t'accompagner comme quelqu'un de 16 ans alors que je sais que tu en as 26", heu... On a du mal à se rencontrer, à être dans l'authenticité, tu m'as raconté ton récit de vie, ton parcours, je ne sais pas si il est authentique, si il est véritable, "est-ce que c'est la vraie question ?", je ne crois pas, mais en filigrane de ce parcours comment on peut se rencontrer ? (...) Et dans l'authenticité il y a "est ce que je peux te rencontrer ? ", tu me racontes quelque chose de très violent, alors peut-être que je suis touchée alors que c'est faux et aussi "est-ce que c'est faux ? c'est aussi peut-être pour me protéger moi d'avoir à souffrir", ce n'est pas pour te dire "menteur" c'est d'abord moi pour me protéger, "est-ce que moi je mets en question la véracité et l'authenticité ?", c'est pour me protéger... Il y a beaucoup de questions. »

La question de la minorité vient aussi envahir les bénévoles du collectif. Si le cap des 18 ans ne constitue pas un obstacle en soi pour les militants bénévoles qui ont l'expérience de l'accompagnement des adultes avec leurs associations respectives, dans le cadre du collectif AMIE cela pose question. En effet, face aux 600 dossiers enregistrés entre février 2017 et l'été 2018 et l'importance de l'engagement qui en résulte comme nous l'avons vu, certains ressentent un sentiment de tromperie de la part des jeunes adultes qui les sollicitent, ils se disent qu'ils pourraient consacrer cette énergie pour un « vrai mineur ». Ainsi je retrouve dans mes notes d'observation :

« Les bénévoles s'accordent à dire qu'ils ont de plus en plus de jeunes qui se présentent pour lesquels ils ressentent de gros doutes sur leur minorité ».

Un étudiant me confiait également que si l'accueil au squat partait sur l'âge déclaratif, ils connaissent selon les périodes des problématiques organisationnelles (d'autorité notamment) face à quelques jeunes « clairement plus vieux ».

En miroir de ces doutes qui planent sur l'identité des jeunes, les représentations des professionnels pour les jeunes ne sont pas toujours claires : « il peut être difficile pour ce dernier de différencier les fonctions des différents accompagnants qu'il est amené à rencontrer¹¹⁰ ». Les

¹⁰⁹ CHAMBON Nicolas *et al.*, « Les mineurs étrangers isolés : une catégorie, des usagers, des intervenants », *VST - Vie sociale et traitements* 2016/2 (N° 130), p. 94-100.

¹¹⁰ *Ibid.*

auteurs nous expliquent en effet que l'image de l'adulte peut renvoyer à de la méfiance et de façon ambivalente à des figures parentales. Nombreuses professionnelles déclarent en effet se faire appeler « maman » par les jeunes.

1.2. L'accompagnement des paradoxes : les épreuves de professionnalités

Afin de rendre compte des difficultés que nous avons appréhendées en échangeant avec les professionnels des relations d'aide et du soin, nous nous appuyons sur un article de Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet¹¹¹ qui présentent ce qu'ils ont appelé les « épreuves de professionnalité ». Il s'agit alors de considérer que ces difficultés éprouvent les aidants et soignants et qu'elles bousculent également leur professionnalité, « aussi bien négativement que positivement ». Les auteurs précisent que « si les épreuves de professionnalité sont de même nature, quel que soit le domaine d'intervention – sanitaire, social ou médico-social –, elles s'actualisent sous des formes très différentes selon les situations concrètes rencontrées et selon le mandat des intéressés ». Ils expliquent que les professionnalités sont troublées par des situations complexes qui éloignent du mandat initial et proposent donc un regard non pas sur le conflit entre mandat prescrit et auto-mandat mais comment il s'agit de faire tenir ensemble la même chose et son contraire. La complexité des situations tient dans l'impossibilité d'en déterminer l'échec ou la réussite. La complexité tient alors dans l'incertitude dans laquelle les professionnels travaillent. Ainsi « La légitimité des ajustements qui se produisent dans le cours de l'action ne bénéficie d'aucune garantie. L'épreuve de professionnalité renvoie donc à un moment d'indétermination de l'action au cours duquel les forces en présence se révèlent dans toutes leurs disparités. Devant ces situations inextricables et indécidables, et cependant tout à fait ordinaires, les intervenants hésitent : leurs savoirs prédéfinis sont pris en défaut, les normes et les règles sont instables, leurs diagnostics deviennent discutables. Ils ne sont jamais à l'abri du risque d'un jugement "subjectif" », "partial", voire de "l'arbitraire" ». Ils expliquent enfin que les différents types d'épreuves s'enchevêtrent : des épreuves émotionnelles, des épreuves organisationnelles et des épreuves politico-éthiques. C'est à partir de cette catégorisation que nous proposons une lecture de nos échanges avec les professionnels rencontrés.

1.2.1. Des épreuves émotionnelles

Les épreuves émotionnelles rendent compte des « débordements d'affects » qui peuvent se manifester par une mise à distance ou une trop grande proximité compassionnelle. Ainsi nous avons pu voir les professionnels échanger dans les coordination santé mentale migrants Rhône sur les difficultés à adopter la « juste distance » avec les jeunes. Les auteurs exposent le travail

¹¹¹ RAVON Bertrand et VIDAL-NAQUET Pierre, « Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social », *Rhizome*, vol. 67, no. 1, 2018, pp. 74-81.

émotionnel des acteurs : « contenir ses propres émotions – celles qui ne sont pas appropriées à la situation - (et) promouvoir et exprimer les émotions qui le sont ». Les professionnels sont appelés à individualiser leur accompagnement induisant un rapprochement avec les bénéficiaires tout en soutenant les capacités des personnes, ceci appelant le soutien des émotions positives. Cependant, les mineurs non accompagnés exposent les professionnels aux psychotraumatismes qui exacerbent les affects (notamment pour les « non psys¹¹² »).

Une assistante sociale de PASS nous explique en entretien que si elle veille à toujours apporter une attention particulière à la souffrance des jeunes, elle ne se sent pas toujours capable d'entendre l'ensemble des récits traumatiques :

« Sans parler aussi de ce que ça renvoie chacun personnellement enfin je veux dire effectivement, on a tous des ados dans notre entourage, nous aussi il y a des problèmes... »

« C'est-à-dire que le problème c'est que nous on n'est pas psy et que... j'en parlais l'autre fois avec une assistante sociale de la MEOMIE et on se retrouvait toutes les deux, c'est que... En plus nous des fois on a peur... de... de déclencher quelque chose... même de déclencher une certaine parole chez le jeune qu'on n'est pas prêtes à recevoir... parce que on n'est pas compétentes pour ça, parce que c'est trop déstabilisant au niveau personnel... et si même si voilà... même si dès fois ils étaient prêts à dire des choses... à des moments c'est nous qui stoppons aussi. (...) Moi je n'ai pas forcément envie qu'on me décrive le viol, la mère et la sœur qui se noient... je suis pas prête à entendre ça non plus... »

1.2.2. Des épreuves organisationnelles

Les épreuves organisationnelles expliquées par les auteurs émergent du fait des évolutions du travail qui viennent limiter les marges de manœuvre possibles dans les cadres des institutions. En effet les épreuves viennent se poser sur un contexte organisationnel compliqué :

Assistante sociale de PASS : *« Et on est aussi dans un contexte compliqué, vous disiez les urgences pédiatriques, amenez votre enfant aux urgences pédiatriques... voilà. De toute façon c'est compliqué. Vraiment on voit des choses... avec le de moyens c'est aussi une réalité, donc ça fait beaucoup ».*

Nous estimons selon les dires des acteurs rencontrés que ces épreuves sont particulièrement intenses pour les travailleurs de la MEOMIE car cumulées avec les pressions des partenaires extérieurs. Elles se répercutent cependant chez l'ensemble des professionnels. Les difficultés à joindre les référents MEOMIE, entraînent de véritables bras de fer pour obtenir des informations sur le parcours du jeune et s'assurer de son suivi : « Quelles que soient leurs appartenances institutionnelles, les professionnels doivent se conformer aux protocoles et aux procédures, mais aussi les dépasser pour s'adapter au mieux aux situations singulières. Leur mandat institutionnel ne leur suffit plus. Dans chaque situation, c'est alors sans garantie qu'ils sont conduits à affronter l'épreuve de l'auto-mandat ». Cet auto-mandat n'est pas satisfaisant et ainsi vécu comme une

¹¹² Les non psychologues, psychiatres, psychothérapeutes.

épreuve. Ainsi une assistante sociale de PASS m'expliquait en entretien, que le manque de contacts possibles avec la MEOMIE lui a renvoyé à la longue un sentiment d'usure et de ne pas pouvoir avancer à force de passer beaucoup de temps à tenter de les joindre, elle préfère désormais se passer d'eux. Dans l'extrait suivant on voit comment elle prend la responsabilité de ne plus contacter la MEOMIE (sorte d'auto-mandat) :

« Moi perso je n'interpelle pas la MEOMIE à chaque fois que j'ai un jeune, non j'ai autre chose à faire, 'fin j'en ai marre quoi, alors mes collègues, elles le font, elles mettent dans le dossier "j'ai tenté de les appeler, ils ne m'ont pas recontacté, à telle date nin nin...", c'est bien, faut bien pointer le fait que ça dysfonctionne mais moi c'est bon quoi ! En plus ça me renvoie quelque chose de tellement négatif, moi j'ai besoin d'avancer quoi... Et je parle même plus de la MEOMIE avec les jeunes, je ne vais pas non plus alimenter un dysfonctionnement, c'est plutôt "aujourd'hui qu'est ce qui est le plus important ? De quoi tu as besoin en urgence ?", 'fin voilà. (...) On va au plus pressé donc déjà à la longue ce n'est pas satisfaisant de faire ce boulot bâclé. Je ne parle même pas en plus des humains qu'on a en face de nous, même professionnellement ça nous renvoie qu'on fait un boulot bâclé, ça c'est premièrement. Et deuxièmement, moi je me suis dit "en fait on a pallié et donc on a alimenté le dysfonctionnement en palliant". Donc non, ça ne va pas non plus.

Cette sorte auto-mandat lui permet d'un côté d'avancer dans son travail de façon plus satisfaisante à son goût mais d'un autre côté lui renvoie le sentiment d'un travail bâclé car elle n'a pas le temps d'effectuer ce que le mandat institutionnel conviendrait de faire : un lien systématique avec le référent du jeune.

Nous comprenons également dans ces épreuves organisationnelles la surcharge administrative des accompagnants dans le sens où elle a pour effet l'infiltration de la dimension juridique dans leur prisme de compréhension du jeune¹¹³. Les professionnels confirment dans nos échanges qu'il s'agit toujours de personnes qui demanderont plus de temps car il importe de connaître le « cadre administratif du jeune ».

La prépondérance de la situation administrative se manifeste aussi dans les nombreuses ruptures sur le parcours du jeune. Par exemple, il peut passer quelques jours au CMAE avec une équipe d'accompagnants, être envoyé à l'hôtel soudainement, ou dans un foyer temporaire en attendant la décision du juge des enfants. Ce foyer pourra mettre en place un accompagnement qui devra stopper à un horizon inconnu, le jeune sera alors placé en foyer ou un nouvel accompagnement devra être mis en place ou à l'hôtel sans accompagnement. Dans la mesure où les professionnels ont l'habitude de construire des parcours sur du long terme, cette absence d'horizon est très problématique. Le dialogue suivant est à notre sens révélateur des difficultés de postures des accompagnants face à ces ruptures :

Responsable site d'un hébergement temporaire : « - On évoquait en équipe la préparation de la sortie, le travail à la sortie dès l'entrée du jeune, cela n'avait

¹¹³ *Op.cit.*

pas été abordé, jamais explicité mais ce travail est à faire dès l'entrée du jeune, parce que certains vont rester deux mois, certains vont rester six mois certains vont avoir une semaine pour se préparer à une orientation sur un foyer et d'autres ça va être « demain 10 heures », c'est terrible. (...). Avec une extrême rigidité des services qui décident... moi je suis délégué de la MEOMIE, si nous n'arrivons pas à faire une orientation sur un foyer, si le jeune refuse, se braque, nous sommes responsables (...) On ne peut même pas négocier une visite en amont, même une visite, juste aller voir où il va être.

Éducatrice foyer jeune travailleur : - *Bon bien sûr moi ça me choque profondément ce que vous êtes en train d'expliquer, on y est confronté aussi, j'essaye, je crois qu'on peut transmettre des choses à ces jeunes angoissés et le fait que nous ça nous choque, je ne sais pas comment dire... On est en colère devant eux car c'est vraiment quelque chose d'inhumain « tu dégages maintenant dans trois heures », j'ai pu observer que si moi aussi je montre que ça me touche à ce point, ça les angoisse trois fois plus et essayer de trouver du positif, bon je sais c'est un peu illusoire mais plutôt de dire « super, une place en foyer ! » ça c'est une posture bien, mais c'est hyper violent pour les professionnels.*

Responsable de l'hébergement temporaire : - *Moi quand j'ai l'info en direct, je vais recevoir le jeune en direct, sincèrement c'est une posture que j'arrive à tenir facilement, pour les pros sur le terrain au contact direct tous les jours, qui connaissent le jeune, qui connaissent ses angoisses, eux ils n'arrivent pas à prendre ce recul-là.*

Éducatrice du foyer jeune travailleur : - *Ouais c'est hyper difficile, je parle en connaissance de cause, je dis pas qu'on peut faire tout le temps et que c'est simple mais c'est toujours une gymnastique pour les travailleurs sociaux à faire, ce que ça nous fait vivre au fond...*

Ces ruptures complexifient le travail des professionnels par l'absence d'horizon dans leur travail mais également par le fait que ces professionnels du travail social se retrouvent en position de renvoyer la violence des dispositifs aux jeunes. Cette position imposée par l'organisation des dispositifs est très difficile à tenir. Il convient de rappeler que les ruptures constituent également des risques, voire des potentiels traumatismes supplémentaires pour des jeunes déjà fragilisés pour qui les problématiques d'attachement sont souvent fortes.

1.2.3. Des épreuves politico-éthiques

Enfin, Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet exposent les épreuves politico-éthiques : « politique au sens où ce qu'il convient de faire en situation n'est plus éclairé par les perspectives d'avenir et la dynamique du progrès social ; éthique au sens où ce qu'il convient de faire ne peut plus s'apprécier au regard des critères du bien et du mal, dont les fondements sont aujourd'hui discutés et surtout éminemment subjectifs ». Ce type d'épreuve est assez nettement ressorti lors d'une coordination santé mentale migrants, en voici les extraits illustratifs :

« Comme si on devait se positionner, comme si on devait être avec ou contre, comme si ça devait être avec la politique d'immigration actuelle, ou contre. Sans cesse ça s'agite à l'intérieur et on fait quand même, soit parce que c'est notre

travail, soit par solidarité, et c'est pas facile des fois d'être en phase avec soit même, ce qu'on a envie de faire ... »

« Et ça va même plus loin aujourd'hui, ce n'est pas seulement « pour ou contre », c'est même "bon ou mauvais", même en tant que pro, on va nous attaquer sur... C'est même plus subtil, plus sournois que ça, "est ce que on est un bon professionnel ?", et même au sens où c'est des mineurs, est-ce que on est ... est-ce qu'on est des bons parents ».

Ces difficultés entraînent une perte de sens pour les professionnels. La coordinatrice régionale des PASS témoignent des échos qu'elle a du terrain : *« Ce qui ressort des professionnels de terrain aussi c'est qu'elles sont dans des professions où normalement on trouve des solutions et dire à des assistants sociaux de plus en plus ces dernières années qu'on doit dire à des gens qu'on n'a pas de solution, en particulier sur l'hébergement et quand t'es mineur, ça met extrêmement en difficulté les professionnels de terrain qui ne retrouvent plus le sens ... ».*

Les travailleurs sociaux ont généralement comme éthique de travail, l'égalité des services rendus, or la perte de sens se situe aussi dans l'impression de ne pas pouvoir apporter les mêmes réponses aux MNA :

« On a quand même un sentiment de la protection de l'enfance à deux vitesses, certaines professionnelles le vivent comme ça, même si bon voilà c'est comme ça, c'est très... ça renvoie énormément de choses très violentes, après aussi ben voilà on a dû subir le nombre parce que voilà c'est un flux supplémentaire, ça renvoie beaucoup de choses très compliquées, notre impuissance ça aussi c'est violent. Et on n'a pas trop de réponses, voilà. »

2. Faire face en adaptant les pratiques ?

2.1. Sortir de son cadre de travail : une forme de « prise en soin » invisible

« Je pense que ça c'est entendu mais le problème c'est que encore une fois "celui-là il va nous prendre plus de temps", nan mais voilà on en est là, moi je crois à la PASS pédiatrique je travaille avec une pédiatre, il n'y a pas de problème et elle a dû s'adapter parce qu'elle était en congés mater', elle est revenue et j'ai bien vu qu'elle a eu un temps d'adaptation, mais il n'y a pas de problème, il y en a certains pour qui c'est pas un problème mais, dans un contexte donné, en plus ça veut dire "ah bah faut un interprète", » on sait que ça va être plus long, ça va être plus compliqué, "ah bah, celui-là il est à la rue", ben oui mais après on fait quoi ? On en est là, celui qui a envie d'entendre, il entend, ce n'est pas un problème, je veux dire il y en a certains ils se sont adaptés, ils font avec, mais comme nous, je veux dire si ça ne nous convient pas on s'en va, je veux dire à un moment donné... Mais il y en a d'autres c'est pour eux un critère de complexité supplémentaire, qu'ils n'ont pas envie, qu'ils ne souhaitent pas porter. Parce qu'en plus comme vous avez dit, on ne leur a pas laissé le choix, tous, c'était imposé, donc c'est pour ça que... C'est aussi déjà le regard par rapport à l'étranger, c'est tout ça quoi... Donc et je vous dis, en plus ça vient se greffer sur quelque chose de compliqué, problème de l'hôpital, des urgences...

Ce que je veux dire c'est qu'il y a de belles coopérations et ça faut le mettre en avant je crois que c'est assez remarquable, il faut construire la dessus, faut pas construire sur les trous, les manques, faut utiliser l'énergie de notre révolte pour mettre ça en éclairage, ce qui se passe bien, comme le font beaucoup de collectifs

citoyens qui mettent en lumière tout ce qu'ils peuvent nous apporter, leurs compétences ils ont des compétences d'adaptation extraordinaires, est-ce qu'on ne pourrait pas aussi travailler en recherche sur ce genre de choses plutôt que d'être sur toujours sur le pénible, faudrait qu'on fasse connaitre le positif. »

Ce propos d'une assistante sociale de de PASS introduit justement la seconde partie du chapitre. En effet, l'ensemble des épreuves de professionnalités que nous avons exposées engendre souvent de la sidération chez les professionnels. Cependant, passé cette phase les épreuves produisent une adaptation inévitable des pratiques de chacun, adaptation indispensable contre le sentiment d'épuisement et les risques éventuels de *burn out* (pour ceux qui choisissent de rester puisque nous parlons d'un travail difficile qui créé d'importants *turn over*). Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet expliquent effectivement que l'on « peut comprendre que c'est lorsqu'ils sont confrontés à des souffrances insupportables, dans un contexte organisationnel délétère, alors que leurs interventions ne font plus sens, que les professionnels peuvent ressentir des sentiments d'épuisement. (...) Mais ni les professionnels ni les organisations ne sont passifs dans les épreuves qui se présentent. On peut distinguer plusieurs types de stratégies de défense, de résistance ou de soutien qui permettent de tenir ou de se sortir des difficultés rencontrées. Formelles ou informelles, individuelles ou collectives, ces manières de faire face font partie intégrante de l'épreuve que les intervenants cherchent à traverser ». Les professionnels font donc face à ces épreuves, notamment en « expérimentant », en avançant « par approximations successives » qui adaptent les pratiques. Dans le cas de notre étude, nous retenons deux types d'adaptation car elles ont été les plus évidentes lors de la période d'étude. La première adaptation peut paraître simple mais consiste à « prendre le temps » de faire des micro-actions supplémentaire qui répondent aux besoins, la seconde tient dans le travail en réseau avec la justice comme interlocuteur plus présent et particulièrement la mise en place d'un nouveau travail collaboratif avec les bénévoles.

2.1.1. Les « bricolages » : des « micro-actions qui prennent du temps

Parce qu'on « ne peut pas faire comme s'ils n'existaient pas, c'est juste insupportable. Parce qu'aujourd'hui c'est quand même ça, là on fait comme s'ils n'existaient pas. Même si moi à mon niveau je n'ai pas beaucoup de moyens, par exemple leur faciliter une consultation avec le dentiste pour ne plus avoir mal aux dents, alors c'est ma façon de mieux supporter les choses, c'est que je me dis "au moins j'ai pu lui apporter ça, j'ai pu les soulager pour ça"¹¹⁴ » les professionnels s'adaptent. Ce que de nombreux professionnels et bénévoles appellent des « bricolages¹¹⁵ » revient souvent à ce que nous appellerons des « micros-actions » qui demandent du temps. « Micro » car elles sont décidées au niveau individuel et parce qu'elles se réinventent à chaque situation, mais « actions » car elles produisent. Elles peuvent prendre des formes multiples mais elles ont en

¹¹⁴ Extrait de l'entretien 6.

¹¹⁵ Car ils ne tiennent pas compte de procédures et sortent des routines.

commun leur caractère chronophage. Un temps inestimable pour la protection des jeunes, un temps inestimé par les mandats institutionnels.

Prendre le temps d'écouter, prendre le temps de trouver le bon interlocuteur qui aura une information, prendre le temps d'appeler un interprète, prendre le temps d'informer, *et cætera*.

Prendre du temps avec les jeunes pour mieux les soigner :

« Prendre du temps avec eux... c'est prendre du temps avec eux... c'est tout. 'fin je veux dire c'est paaas... L'autre jour on a accueilli une jeune, elle est venue pour un autre prétexte... mais le médecin a réussi à lui faire dire parce qu'elle a senti qu'il s'est passé quelque chose... c'est une jeune fille qui est partie car elle était violée par le mari de sa mère, voilà... et du coup on a pris le temps de la voir avec le médecin, l'infirmière et moi-même... parce que en fait elle nous a été adressée par Médecins du Monde, elle avait déjà un suivi avec le psychologue de Médecins du Monde et a priori ça accrochait bien et je veux bien croire car la façon dont elle parlait des événements, on voyait qu'effectivement elle avait déjà fait un travail par rapport à ça... mais du coup on a pu lui parler consultation gynécologie ... 'fin voilà et elle était très preneuse et c'était une jeune femme qui au départ était hyper fermée et le fait qu'on prenne du temps avec elle, on la reçoive là toutes les trois, qu'on discute avec elle, on l'a vue vraiment s'épanouir au fur et à mesure, 'fin vraiment s'ouvrir et heu... voilà elle est repartie... Ben en tout cas elle faisait beaucoup plus ouverte que quand elle est arrivée, nous on a été rassurées et c'est une jeune femme qui maintenant va pouvoir avoir un gynéco, avoir une contraception et qui peut-être du coup après, avec le psy, reprendre pied et avoir une vie, une sexualité normale, 'fin voilà, on a tenté du lien et ça c'est pas rien, et surtout elle a vue qu'on se préoccupait d'elle vraiment et souvent ça c'est le début de quelque chose ».

Surveiller les plus fragiles en leur donnant plusieurs rendez-vous¹¹⁶ :

« Et pour revenir sur votre premier regard attentif aux souffrances des jeunes, que proposez-vous pour quelqu'un que vous percevez en souffrance ?

C'est bien toute la difficulté, c'est qu'on n'a pas tellement de possibilités. Donc moi je vois ce qu'elle fait la pédiatre et que je trouve pas mal, moi ça m'est arrivé rien qu'au niveau social... On leur redonne des rendez-vous toutes les semaines par exemple, s'il n'y a pas vraiment une inquiétude, on le convoque toutes les semaines. Moi il y en a certains je leur ai dit « c'est pareil, bon bah tu sais où me trouver », je leur donne rendez-vous ici car je sais que c'est plus pratique et je suis là toute la semaine, quand vraiment 'j'en sens un trop fragile bon « tu sais ou est mon bureau, si tu as besoin, tu viens ».

Donc vous vous retrouvez à ...

Non pas trop, moi je le fais ponctuellement parce que sinon je vais être vite dépassée.

C'est pour les cas vraiment inquiétants ?

Voilà ! Voilà ».

Prendre le temps d'informer en échangeant avec les partenaires sur ce que chaque dispositif peut offrir, c'est ce que l'assistante sociale de la PASS fait :

¹¹⁶ Extrait de l'entretien 6

« Donc actuellement mon fonctionnement c'est voilà, me mettre à dispo des uns et des autres pour faciliter les liens avec l'hôpital, les soins, c'est-à-dire faire profiter de mes connaissances et compétences, donc ça demande une certaine disponibilité mais on s'y retrouve, parce que voilà, expliquer une ou deux fois comment ça fonctionnait c'est une expérience gagnée qu'on pourra utiliser pour d'autres jeunes et puis au moins ces jeune-là seront pris en charge à peu près correctement et puis voilà c'est fait c'est plus à faire (...) ».

2.1.2. De nouveaux partenaires : la justice et travailler avec les bénévoles

De nouvelles pratiques qui prennent du temps émergent à travers les partenariats plus intenses avec le champ de la justice et la collaboration grandissante entre acteurs soignants et bénévoles. Pour les cas médicaux les plus extrêmes, le médecin nous explique qu'il ne s'agit plus seulement de l'accompagnement du jeune mais aussi de la représentation légale. L'augmentation des MNA dans la file active a intensifié les rapports avec la justice qui sont *« plus présents, que ce soit pour l'autorité parentale, pour l'accompagnement, et pour l'organisation de la suite de soins »*.

Nous évoquerons essentiellement le décalage de la collaboration des institutions soignantes avec les services responsables de la protection de l'enfance vers les bénévoles. En ce sens, une assistante sociale de PASS introduisait la coordination santé mentale migrants Rhône sur son travail avec les bénévoles avec ce témoignage :

« Normalement généralement notre interlocuteur devrait être la MEOMIE, on n'arrive pas à les joindre pour x raisons et donc du coup on apprend à travailler différemment. En particulier on travaille beaucoup avec les bénévoles, on n'a pas parlé des collectifs qui sont très nombreux et qui ont pris une place importante, du coup on travaille beaucoup avec les bénévoles présents même pour des mineurs pris en charge par la MEOMIE : c'est déjà eux qui les ont connus avant l'évaluation et donc qui continuent à les prendre en charge. Et je dois dire que nous on s'appuie beaucoup sur eux ».

Elle me confiait en entretien pourquoi ce travail avec les bénévoles est précieux :

« Oui, parce ils veillent au grain, ils veillent aux grains, ils les accompagnent... même maintenant nous on prend des rendez-vous spécialistes ou examens avec l'accord du bénévole où on cale sur leurs disponibilités. Et on sait qu'ils seront présents. Et heureusement, après c'est pas... les médecins acceptent que ce soit un bénévole alors que ce n'est pas du tout légal, peu importe. Mais aussi je sais qu'ils vont faire un effort, eux ils vont surveiller les traitements, eux ils vont être vigilants... »

Comment ça ?

Je les sens plus présents, je les sens plus présents, je ne peux pas dire autrement, alors qu'ils ne sont que bénévoles. Je les sens plus investis. Alors je comprends bien, à la MEOMIE ils sont débordés, j'entends bien, sauf que moi voilà, concrètement... Alors après il y a bénévole et bénévole, mais il y a des bénévoles, on commence à les connaître, on les a vus déjà... et puis on sent bien... Il y en a des fois faut faire attention aussi parce qu'on a des bénévoles qui sont à côté de la plaque ou qui peuvent aussi desservir les jeunes, c'est arrivé. Mais dans l'ensemble si ils nous disent on va faire ça, ils le font. pour les représentants de la MEOMIE ce n'est pas le cas, ils nous disent oui un jour et finalement c'est pas fait ou on n'est pas prévenus, donc...(…) Je ne pense pas que ce soit volontaire

de leur part, je pense que ça tient de leurs conditions de travail sauf que moi concrètement je sais que je ne peux pas me fier donc c'est quand même problématique.

Vous ne pouvez pas compter sur eux...

Je ne travaille pas avec eux, voilà je vais être simple, on ne peut pas travailler ensemble.

Vous ne pouvez pas...

Non ».

Ces collaborations ne se font pas sans introduire des problématiques. Si d'un côté, nombreux acteurs de la santé autour des jeunes non pris en charge s'accordent à dire qu'on ne pourrait plus soigner ces jeunes sans les bénévoles, ils évoquent une appréhension progressive de la nouvelle collaboration :

AS PASS : « - *Alors nous on a été obligés de reprendre un peu les choses avec certains bénévoles, moi a un moment donné j'ai été obligée de dire "écoutez soit vous comprenez, vous respectez que nous ne sommes pas des bénévoles, nous sommes une institution et que voilà, soit bah tant pis on travaille plus ensemble", et "je suis convaincue que vous souhaitez le bien être du jeune mais bon sans mon intervention ça va être compliqué". Et ça a été entendu, je pense qu'il faudra le refaire, et en plus, accessoirement je veux dire on a tous les autres, il y a des moments où je vais un peu culpabiliser dans le sens où je me dis "ben vis-à-vis des autres patients..." »*, on fait moins... enfin voilà, c'est un équilibre...

Maintenant franchement, je fais ce boulot depuis très longtemps, les bénévoles j'en ai vu dans les associations et cætera... heureusement qu'ils sont là, mais vraiment, heureusement qu'ils sont là mais à tel point que ce sont les bénévoles qui accompagnent les gamins voir les spécialistes comme ça on va pouvoir faire la prise en charge médicale, personne se pose la question "mais il y a un lien légal ?" et on veut pas le savoir, l'important c'est que ça passe, allez on y va ! Et les bénévoles qui les récupèrent en sortie d'hospit', qui vont les chercher quand ils ont une patte plâtrée, qui vont être là pour chercher des médocs, qui leur donnent un toit pour ceux qui n'en ont plus... Je ... voilà donc là, j'allais dire, devant la situation c'est tellement n'importe quoi... Quand même, se pose la question du secret professionnel, du secret médical aussi... "allez ! le gamin il est d'accord !? allez bah on y va ! c'est tout !", on est obligés de s'adapter les uns et les autres, de bricoler des choses, moi c'est vrai que souvent il y a des bénévoles je me suis dis "ouh lala lala", j'avais de l'inquiétude pour eux aussi [rires] mais je me suis dis pour le coup "je vais pas aussi porter le bénévole sinon je ne vais pas m'en sortir"... non non mais bon là ... j'allais dire c'est la guerre hein, franchement, on est à un stade...

On manque tellement de moyens. Très honnêtement, je vois par rapport à certains de l'équipe et ça dépend des personnalités mais on en a qui ont un positionnement assez exceptionnel... On ne peut pas généraliser, je pense en particulier aux étudiants qui ont une organisation incroyable, avec ... ils ont pris un téléphone, ils ont une astreinte, moi je m'occupe de l'administratif, moi du truc ... mais c'est impressionnant. Et aussi moi ce que ça me renvoie, voilà je suis une ancienne, franchement ça fait chaud au cœur, là c'est la citoyenne qui parle.

Bénévole AMIE : - *Ils ont fait un truc là, un boulot tout à fait exceptionnel, ils vont nous manquer cet été, là ils sont en vacances en train de rédiger leur ...*

AS PASS : - *Mais il faut ! il faut qu'ils prennent leurs vacances.*

Intervention salle : - On voit aussi à quel point ça peut être difficile pour le bénévole qui a fait tout le job du début de lâcher et de pas être dans la... j'ai remarqué parfois qu'avec le pro qui arrive d'un seul coup ils sont dans la méfiance ...

Bénévole AMIE : ... la rivalité... C'est presque de la rivalité.

Coordinatrice régionale PASS : - Il faut aussi dire que on a eu beaucoup de mal à travailler avec les bénévoles pendant des années, on était en culture pas très pro bénévoles, il y avait de la rivalité mais on disait pas ça comme ça et aussi on considéraient qu'ils faisaient n'importe quoi, ça se disait, ça a changé ces dernières années parce que on a besoin d'eux, la réalité c'est ça, d'être dans la toute puissance en tant que professionnels du travail social et santé, c'est la réalité, les cartes sont redistribuées.

Psychologue coordinatrice Orspere-Samdarra : - Et dans les bénévoles, y'a aussi beaucoup d'anciens pros qui continuent...

AS PASS : - Il y a une « évolution du bénévole » [rises], avec des assos où il y a des accompagnements et où on se pose les bonnes questions et à l'inverse on travaille sans certains pro, voire contre certains professionnels ».

En effet, le surinvestissement et l'engagement effectif et militant fort de certains bénévoles peut poser des interférences négatives dans le travail des professionnels qui, comme l'expose ce dialogue, ont préféré recadrer les choses. L'échange montre aussi le caractère nouveau et non habituel de la collaboration¹¹⁷ et donc encore potentiellement fragile. De même les relations affectives nouées entre bénévoles et jeunes engendre parfois la mise à l'écart par certains bénévoles des notions de secret médical ou d'autonomie des jeunes dans les parcours de santé. Ainsi le salarié de médecins du monde nous explique¹¹⁸ aussi qu'elle a dû faire des ajustements avec des bénévoles accompagnant au CASO :

« C'est toute une question de cadrage. Et la grosse problématique avec les jeunes c'est justement de les accompagner en maintenant leur droit à l'autonomie, leur droit au secret médical, leur droit à une prise de décision éclairée, et cætera. Et ça quand on a des personnes extrêmement vulnérables avec en face des âmes très volontaires, il y a toujours un point de vigilance là-dessus. Et je sais que ça nous est déjà arrivé en salle d'attente "ah !!! et il y a une hépatite" en disant "voilà c'est pas parce que vous accompagnez ce jeune qu'il est en devoir de vous dire son diagnostic" donc il y a tout un travail là dessus, après si c'est le souhait du jeune, il n'y a aucune décision qui doit se prendre sans lui, "si c'est plus facile pour toi, elle peut venir avec toi", c'est à la demande du jeune pas à la demande du bénévole ».

Nous pouvons reprendre l'approche d'Edouard Gardella pour finir de caractériser la « prise en soin » des jeunes par les bénévoles. Ce type de risque rejoint ce qu'il appelle « l'expertise de l'aide¹¹⁹ » qui « s'observe quand les aidants calquent leur action sur les risques encourus par les personnes, en leur ôtant toute autonomie de jugement sur leur situation : ils anticipent leurs problèmes mieux qu'elles ne peuvent le faire et estiment ainsi apporter les réponses les mieux

¹¹⁷ Nos connaissances ne nous permettent pas d'affirmer qu'il s'agit d'une spécificité autour des MNA ou non.

¹¹⁸ Entretien 7

¹¹⁹ Op.cit.

adaptées ». Cette expertise rend la relation de *care* davantage unilatérale. Ainsi les bénévoles naviguent entre des pratiques de « vigilance continue et réactive » évoquée plus tôt et d' « expertise de l'aide ». La relation de *care* unilatérale laisse peu d'espace aux jeunes pour retrouver une certaine forme de subjectivation.

À la PASS, le médecin nous explique en entretien ci-dessous qu'il adapte son discours en présence d'un tiers en consultation et il lui semble que beaucoup de jeunes acceptent voire préfèrent avoir l'adulte de confiance avec eux en consultation¹²⁰, face à un système de soins qu'ils connaissent peu et un nouvel interlocuteur adulte.

« D'accord. Donc vous me disiez que beaucoup viennent accompagnés, c'est quelque chose de différent peut être aussi par rapport aux enfants qui viennent avec la famille... »

Ah oui, oui.

Et donc ça se passe comment, concrètement ?

Alors ça c'est un peu compliqué parce que y'a toujours le souci de confidentialité et de secret médical du coup, ben en même temps, on... heu... on fait avec, on s'adapte, donc la plupart du temps on reçoit le jeune en tête à tête et puis en sachant que la loi demande d'être accompagné d'un adulte de confiance, le mieux c'est un des responsable de l'autorité parentale, pour donner l'information en tout cas, après pour des soins invasifs on a besoin d'une autorité parentale, mais pour l'information et le suivi c'est un adulte, un majeur de son choix. Donc voilà le tout c'est que le jeune que l'on reçoit, soit d'accord pour que l'information circule, donc voilà on lui demande son accord, viola et on adapte notre discours, mais c'est vrai que c'est moins évident que quand les jeunes sont en familles, ça c'est sûr.

Donc la plupart du temps les jeunes acceptent que l'accompagnant vienne en consultation ?

Oui, ouais. Excusez-moi ... [...]

Quand l'accompagnant est en consultation, vous sentez que ça met en confiance le jeune ?

Ah oui, ah ouais. Ben on voit qu'ils ont vraiment un trouble de l'attachement et que... une problématique abandonnique importante parce qu'ils s'attachent... la personne... un exemple heu... j'ai reçu aux urgences là parce que j'étais de garde, un jeune amené par une bénévole du Secours Catholique qu'il avait rencontré le matin même. Et en fait c'est le bénévole qui l'a emmené parce qu'il se plaignait d'avoir mal au ventre et hue... voilà... donc il l'a amené, ben il a refusé d'être accompagné par quelqu'un... enfin vraiment il s'accrochait à ce monsieur qu'il connaissait à peine, il a voulu qu'il soit présent pour la prise de sang, pour l'examen, qu'il reste tout le long alors que il le connaissait pas du tout quoi. Mais voilà ils s'accrochent à la moindre personne pour lesquelles ils pensent pouvoir donner leur confiance quoi ! Oui ça c'est sûr. [...]

Et je reviens aux accompagnants, ça ne vous a pas posé de problèmes d'avoir d'autres personnes intégrées dans les consultations ?

Ben si, ce n'est pas naturel d'avoir une personne extérieure au milieu, au cercle familial. On n'est pas forcément habitué à ça. Heu.... Ben voilà chez l'enfant c'est

¹²⁰ Je parle ici de l'échange social, les accompagnants sortent pendant l'examen physique.

surtout le tuteur, les responsables de l'autorité parentale à qui on réfère de l'information et des décisions médicales et du suivi donc là, le fait qu'il y ait une tierce personne, ça arrive de temps en temps quand on a des histoires d'orthogénie ou autre mais c'est quand même exceptionnel en pédiatrie, orthogénie c'est les IVG les choses comme ça, du coup, là effectivement on peut être amenés à ce que la personne concernée vienne avec un adulte de confiance et pas forcément un responsable de l'autorité parentale, ou tout ce qui est IST, là c'est pareil, Infections Sexuellement Transmissibles, mais on n'en voit quand même pas tant que ça en pédiatrie donc non non ça change... ça déroute un peu la pratique.

Et vous vous y adaptez ou... ?

Ben on est obligés de s'adapter. En même temps on préfère travailler avec ça parce qu'on sait que le jeune est ... que voilà que le rendez-vous sera assuré, que...ne serait-ce que pour aller chercher les médicaments pour assurer les rendez-vous. On sait que quand on a une consultation, y'a tellement d'informations données que à la sortie, si on interroge les personnes y'a quand même moins de 50% des informations retenues, donc là le fait d'être à deux ça permet de reprendre aussi les informations derrière. Donc nan... on s'adapte et on préfère en tout cas qu'il y ait un accompagnement qu'il n'y en ait pas, ça c'est sûr ».

2.2. Faire face en partageant les épreuves

À la conjonction de « prendre du temps » et des « nouvelles pratiques collaboratives » il y a les ressources que trouvent les professionnels dans l'échange des épreuves qu'ils rencontrent. Ainsi l'assistante sociale de la PASS nous confiait en entretien en quoi les coordinations santé mentale migrants Rhône avait constitué un espace ressource. Comprendre que les professionnels d'autres champs, confrontés aux jeunes au même moments ou à d'autres temporalités du parcours rencontrent les mêmes difficultés et s'en préoccupaient également lui a permis de se défaire d'un sentiment d'isolement :

« C'est important de prendre le temps, c'est aussi les respecter que de prendre le temps de se poser et de réfléchir à ce qui passe, c'est déjà s'occuper d'eux de prendre le temps de réfléchir et là je vois que c'est... que je suis pas la seule à voir les choses comme ça que y'a des gens qui réfléchissent, que des moyens sont proposés, après c'est pas... mais c'est mieux que rien... et... donc du coup je le vis mieux mais après effectivement 'fin je supporte toujours très mal en tout cas les professionnels qui ne se sentent pas concernés, qui... je pense que quand il s'agit de mineurs isolés, on doit faire un peu plus... je crois ».

En effet partager ses difficultés avec ses pairs peut permettre de les dépasser, retrouver du sens pour échanger sur des solutions possibles. Ce sentiment sera partagé à l'ensemble des participants lors d'une des rencontres de la coordination dédiée aux postures d'accompagnement :

« Je ne peux pas dire que je ne pense plus mais je fais avec, encore une fois j'ai compris, on met des stratégies en place, ça fonctionne pas, qu'est-ce qu'on fait, soit on laisse tomber, soit on essaye de construire des choses, moi j'ai rencontré d'autres personnes avec qui bon an mal an on a mis des choses en place avec les collectifs bah voilà j'ai proposé de me rendre disponible pour leur expliquer le système leur expliquer les choses mais ils abusent pas non plus, et enfin j'ai

trouvé du sens dans mon travail auprès des MNA parce que effectivement à un moment donné ça n'avait aucun sens, et en ce qui me concerne c'était ça le plus douloureux, je n'arrivais pas à trouver de sens, je me butais à des difficultés et j'avais l'impression d'être incomprise ».

Nous avons donc montré dans ce chapitre que les professionnels affrontent des épreuves de professionnalités en adaptant leurs pratiques afin de pouvoir prendre soin des jeunes à la marge de la protection de l'enfance. Ces pratiques de soins qui émergent grâce à la considération des vulnérabilités du public au-delà de sa minorité et de son isolement.

A l'issue de ces deux parties nous avons donc exposé en quoi le dispositif de protection de l'enfance présentait des faiblesses pour prendre soin des MNA et notamment par le fait qu'il laissait peu de place aux acteurs accompagnants pour se saisir des vulnérabilités des jeunes. La seconde partie nous montre comment sur le terrain des acteurs s'adaptent pour prendre soins des jeunes, sans entière satisfaction cependant.

Alors comment l'action public pourrait prendre soin des jeunes vulnérables ? En guise d'ouverture du mémoire nous proposons donc une dernière partie aux allures d'un chapitre un peu spéculatif qui s'intéressera aux épreuves de temporalités de l'action publique afin d'imaginer librement comment « prendre soin » des mineurs non accompagnés ?

PARTIE 3 : Repenser les cadres d'action publique pour prendre soin au prisme des temporalités individuelles et institutionnelles ?

L'aspect plus aléatoire que peut présenter la proposition de « repenser l'action publique » reposera dans cette dernière partie sur la considération des temporalités. J'ai pu percevoir sans parvenir à l'exploiter durant mon stage que de nombreuses temporalités gravitaient autour des MNA : la temporalité psychique des jeunes, le temps lent de l'attente, le temps distendu du parcours administratif entre urgences et incertitudes, *et cætera*. Ces aspects sont également palpables dans les deux premières parties. Les travaux d'Edouard Gardella sur la synchronisation des actions d'assistance aux rythmes des aidés pour créer l'espace de relation de *care* furent éclairants.

Cette synchronisation est notamment essentielle dans le travail thérapeutique autour des MNA. Nous verrons donc dans la première section comment Juliette Leconte propose un accompagnement thérapeutique très à l'écoute des rythmes des jeunes. Son travail montre aussi qu'il faut du temps pour relier les temporalités psychiques des jeunes afin qu'ils prennent pied dans le temps présent. On comprend alors l'inadaptation du dispositif actuel en ce qu'il impose en termes de temporalités à ce travail thérapeutique avec le temps.

La seconde section se forcera à montrer que face à une situation de « crise de l'accueil » qui ne permet pas ces synchronisations, il est légitime de remettre en question des modalités d'action publique envers les publics vulnérables et dans notre cas les MNA.

1. L'intérêt de penser la synchronisation entre les temporalités de l'individu et celles des dispositifs

1.1. Le temps comme outil du thérapeute à l'écoute des rythmes individuels

Juliette Leconte¹²¹ décrit les différents temps importants dans les parcours des jeunes qu'elle reçoit. Elle précise que le temps du parcours est « tenu au secret », notamment pour éviter des souvenirs douloureux d'évènements traumatiques. Elle parle d'un entre-deux « si fondateur et si destructeur, où l'identité même de l'enfant va s'en trouver modifiée et la confiance en l'adulte va être considérablement altérée ». Elle évoque ensuite trois temps, essentiels pour bâtir son accompagnement auprès des jeunes. Elle parle du départ migratoire comme d'un « abandon brutal », souvent précipité, sans rituel, qui se traduit régulièrement par la crainte d'être mort aux yeux des êtres aimés restés au pays. Elle expliquait au séminaire clinique¹²² que par exemple les

¹²¹ LECONTE Juliette, « Le voyage d'exil ; temps hors cadre, temps hors norme. Quelles conséquences pour les mineurs isolés étrangers ? », *L'Autre*, 2012/2 (Volume 13), p. 194-204.

¹²² Voir Annexe 2.

derniers mots prononcés par les parents peuvent renforcer des souffrances ou être source de réconfort. Il y a ensuite le temps de l'exil, un « no man's land » où tous les repères sont bouleversés. Elle parle d'un temps long fait d'errance et de rencontres dangereuses et surtout d'isolement où il est impossible de joindre sa famille si elle est encore en vie. Il s'agit d'un espace-temps de « non droit », où « les passeurs n'obéissaient pas aux règles sociales de base, où les hommes n'étaient plus traités comme des humains ». Ceci a pour effet de prendre une part d'humanité aux enfants qui ne peuvent alors plus distinguer un « bon » d'un « mauvais » adulte. Elle consacre donc une grande partie de son travail à tenter de rétablir la confiance envers un adulte sur lequel ils peuvent s'appuyer pour se reconstruire. C'est également un temps de séparations, de ruptures où les jeunes vivent des deuils. Elle explique ensuite que certains jeunes restent « suspendus à ce voyage », « figés au traumatisme ». Ils « mettent du temps à vivre la France. D'autres restent figés au traumatisme. La temporalité psychique est écrasée par l'événement traumatique. On pourrait dire que leur arrivée psychologique effective en France est réalisée plusieurs mois après leur arrivée réelle ». Ces raisons justifient l'importance de donner la parole à ces jeunes qui sont souvent discrets et expliquent son travail thérapeutique de reconstruction du sens des traumatismes.

Pour remettre du sens dans ces parcours insensés, elle articule son travail autour des deuils et de la famille quand il est possible de la joindre. Elle cherche alors à faire des « ponts psychiques pour éviter les clivages¹²³ ». Elle expliquait aux professionnels lors du séminaire clinique, qu'elle essayer de construire ces ponts entre le passé du jeune (son vécu pré-migratoire notamment avec les raisons du départ et les circonstances), le temps de « non droit » du parcours d'exil, sa présence en France et le temps futur des projets. Ce travail sur le passé du jeune doit commencer par une sorte de diagnostic des bases narcissiques, des liens primaires du jeune qui doit permettre de mieux savoir quoi travailler car certains jeunes sont déjà fragiles avant leur départ. Il s'agit en quelque sorte d'appréhender les bases psychiques pour savoir sur quoi le thérapeute peut s'appuyer, un travail que l'on devine délicat. Elle nous précisait que ce travail de lien avec la famille peut nécessiter d'être expliqué à la préfecture car il ne s'agit pas d'un contact qui doit pouvoir permettre de contester l'isolement du jeune.

En termes de posture elle répondait aux professionnels présents qu'elle adopte une réaction sincère pour que les jeunes voient que ce qu'ils disent n'est pas « entendable ». Pour les cas les plus symptomatiques elle oriente vers un psychiatre pour une médication afin de retrouver le sommeil *a minima*. Elle disait aussi que la condition de ce travail de rétablissement des temporalités psychiques du jeune se fait par une écoute de son rythme, ne pas le devancer. L'après-midi du séminaire était consacrée à des ateliers de groupes pour discuter sur les représentations des professionnels sur les MNA et les enseignements de la matinée. Un groupe résumait alors

¹²³ LECONTE Juliette, « « Mon corps est là, mais pas moi. ». Travail clinique autour de l'exil et du deuil traumatique », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 81-92.

justement qu'il s'agissait de « maintenir la filiation tout en proposant de nouvelles affiliations ». Ainsi exposé, nous comprenons qu'utiliser le temps pour prendre soin, demande du temps.

1.2. Un travail thérapeutique à l'épreuve des temporalités institutionnelles

Ce travail de mise en lien du temps psychique à l'écoute du rythme du jeune est d'autant plus difficile que le rapport au temps des jeunes est fragile. Juliette Leconte expliquait au séminaire que les jeunes peuvent parfois entretenir un rapport « mythologisé » avec leur passé, un rapport précaire avec le présent et un sentiment permanent d'urgence ainsi qu'un futur difficile à appréhender entre urgences procédurales, impatience et attente. Le rapport au temps des jeunes est donc altéré par les différentes temporalités de l'action publique.

Ainsi Petrouchine¹²⁴ mobilise Gardella pour montrer la désynchronisation des temporalités des dispositifs et celles des individus. Cela lui permet d'exposer les différentes temporalités institutionnelles auxquelles sont assignés les MNA. Il évoque une « chronopolitique¹²⁵ attentiste » durant la période d'évaluation qui démunie le jeune d'un élément aussi basique de son identité que peut être son âge et une « chronopolitique de l'urgence » face à la rupture que représente les 18 ans qui donne à l'accompagnement les allures d'une « course contre la montre » pour les jeunes et les travailleurs sociaux. Une course souvent stoppée le jour même du 18^{ème} anniversaire après plusieurs mois d'attente imposés.

Nous avons déjà vu que Gardella mobilise la perspective du *care* pour enquêter les pratiques d'aide en considérant sa dimension processuelle qui permet d'appréhender la réception de l'aide. Il enquête alors sur la façon dont les aidants la prennent en compte. Il s'intéresse ainsi à la réflexivité que les aidants peuvent manifester dans leurs pratiques selon les effets de l'aide qu'ils apportent. Quand Juliette Leconte souligne donc l'importance d'être à l'écoute du rythme des jeunes, nous nous permettons de rapprocher cela à ce que Gardella appelle « épreuves de synchronisation entre production et réception pour caractériser le temps de l'aide ». Il caractérise la temporalité de l'urgence sociale par la réactivité et la courte durée pendant laquelle l'aide est accessible. Cette courte durée peut faire échos dans notre cas aux jeunes qui parviennent à entrer dans un dispositif ASE avec encadrement médico-socio-éducatif à l'âge de 17 ans et demi et dont ils vont peut-être devoir sortir à 18 ans. Cette urgence sociale n'offre donc pas le temps long dans lequel peut s'inscrire un processus thérapeutique. Il s'agit de temporiser pour évaluer la justesse du moment où l'on peut obtenir le consentement des actes de soins¹²⁶. Ce moment est indépendant de l'âge. Il conclut en expliquant que cette méthode met en avant « l'interdépendance entre

¹²⁴ *Op.cit.*

¹²⁵ Concept posé par Gardella pour caractériser l'urgence sociale.

¹²⁶ L'auteur le montre à l'aide d'une séquence d'aide d'une maraude du Samu social vers un sans abri dans l'article : GARDELLA Édouard, « Sociologie de la réflexivité dans la relation d'assistance. Le cas de l'urgence sociale », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 59 - n° 3 | Juillet-Septembre 2017, mis en ligne le 02 août 2017, consulté le 31 juillet 2018. URL : <http://journals.openedition.org/sdt/853> ; DOI : 10.4000/sdt.853

aidants et aidés, en observant le travail de plus ou moins grande synchronisation entre attentes des aidés et organisation de aide ».

2. Quels cadres d'action publique pour permettre ces synchronisations ?

2.1. Faire état de la « crise de l'accueil » ...

Julien Bricaud et Caroline Thibaudeau¹²⁷ montrent comment, ces épreuves de synchronisation qui empêchent de prendre soin des MNA, relèvent d'une problématique plus large, celle « d'une crise de l'accueil ». Ils évoquent les risques de celle-ci, certes pour les jeunes, mais également pour les professionnels et pour le politique. Ils estiment que « la dégradation des moyens, les carences et les négligences dont les MNA sont l'objet dans la prise en charge par certains départements sont à l'origine d'une crise de confiance dans les institutions qui ne sont plus perçues comme garantes des droits, du secours et de la sécurité ». Ce qui se traduit par l'activation de sortes des systèmes d'aide et d'accueil parallèles mis en place par les citoyens qui viennent témoigner d'un champ laissé vacant par le service public et qui compromet le sens du travail social. L'autre pente glissante sur laquelle la protection de l'enfance s'engage est celle d'une protection à deux vitesses, un « sentiment que c'est « deux noirs un blanc¹²⁸ » insupportable pour les professionnels. En effet cela revient à négliger la spécificité de leur travail et à accepter l'idée selon laquelle des enfants seraient « moins à protéger que d'autres ».

Derrière ce discours militant on perçoit comment la prise en charge des mineurs non accompagnés interroge les modalités d'accueil de notre système de santé et social. Si nous avons vu que les besoins de santé appellent un accueil par le soin, nous pourrions avancer l'idée que la santé mentale de ces jeunes appelle un soin par l'accueil. Un accueil dont la temporalité ne peut être soumise au jour des 18 ans. Conditionner la protection de ces jeunes à leur majorité revient à nier leur existence et oublier qu'après 18 ans, ils auront 19 ans, 20 ans, 30 ans, 50 ans, 70 ans, une vie à construire. Ceci n'est pas uniquement valable pour les MNA mais pour l'ensemble des jeunes pris en charge par la protection de l'enfance. L'urgence au détriment du long terme ne fait que reproduire de la précarité et aggraver des situations complexes qui posent des difficultés.

Nous proposons donc d'élargir des questions de « prise en soin » des MNA à l'accueil en général. L'accueil des jeunes exilés est à penser avec celles des moins jeunes. Si des jeunes adultes tentent de se faire passer pour des mineurs afin de profiter des services de la protection de l'enfance c'est bien parce que les différences de traitement entre quelqu'un qui a 17 ans et quelqu'un qui a 19 ans sont considérables. Nous pouvons être convaincus que si nous disposions d'un accueil décent pour les migrants adultes, la protection de l'enfance serait préservée de ces tentatives et peut-être

¹²⁷ *Op.cit.*

¹²⁸ Expression d'une professionnelle entendue en coordinations santé mentale Rhône.

soulagée d'une partie du poids du soupçon. Ainsi soigner les personnes pourrait commencer par soigner l'accueil et revoir nos dispositifs. La question de savoir de quelle prise en charge chacun doit relever devrait arriver en second lieu. Une fois que chacun a renoué avec ses vulnérabilités pour prendre soin collectivement des capacités de tous afin de rendre toutes les vies dignes ou décentes¹²⁹. Considérer le caractère universel de la vulnérabilité fait échos à l'interdépendance des relations d'aide proposée par Gardella.

1.2. ... pour interroger les modalités d'action publique ?

Ces convictions irréalisables sur le terrain viennent interroger nos modalités d'accompagnement. Nous le proposons dans cette dernière sous-partie aventureuse. Si les textes et les tendances en accompagnement social valorisent les approches pluridisciplinaires on peut constater qu'elles peinent parfois à atteindre pleinement les destinataires.

Par exemple les coordinations santé mentale migrants offrent un cadre de réflexion précieux pour les professionnels dont certains le caractérisent « d'espace ressource quand le cadre institutionnel ne soutient plus ». Il permet de sortir de l'isolement pour d'autres, de diffuser des informations, des prises de contacts concrètes. J'observe également qu'il permet de croiser des temporalités d'expériences et d'identifier les modalités qui permettent de croiser les temporalités de deux dispositifs différents qui permet l'espace pour proposer une action de soin. Ailleurs « des dispositifs au carré¹³⁰ » réarticulent des dispositifs existant pour « remailler le réseau interdisciplinaire de prise en charge de manière à resynchroniser les différentes interventions, avec le souci constant de combler les trous dans les prises en charge ». Il s'agit dans les deux cas de construire la coordination pluridisciplinaire de la prise en charge autour du jeune.

Il semble aujourd'hui qu'il faille accompagner cette coordination d'un mouvement « d'aller vers »¹³¹ les jeunes. Médecins du Monde cherche par exemple à travailler des programmes de médiation en santé¹³². Nous rappelons que « l'aller vers » est facilité par la stabilité de l'hébergement des jeunes. Ainsi ne faudrait-il pas soumettre l'hébergement aux dispositifs mais faire bouger les dispositifs – pluridisciplinaires – vers l'hébergement. Dans cette idée, lors d'un atelier de concertation consacré à l'hébergement, organisé par la Métropole de Lyon pour réfléchir à l'accueil des MNA, nombreux acteurs proposaient idéalement que les jeunes puissent profiter dès leur arrivée d'un logement stable constitutif d'un premier repère. Une stabilité qui doit faire échos à la stabilité d'un référent de parcours que le jeune pourrait voir régulièrement. Ce référent serait

¹²⁹ BRUGÈRE Fabienne, « Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? », *Cahiers philosophiques*, 2014/1 (n° 136), p. 58-68.

¹³⁰ RAVON Bertrand, LAVAL Christian, *L'aide aux « adolescents difficiles »*. *Chroniques d'un problème public*. ERES, « Études, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2015, 192 pages.

¹³¹ Rhizome, « « Aller vers »... d'autres pratiques ? », 2018/2, n°68.

¹³² HAS, « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins », Référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques, Octobre 2017.

en charge d'organiser la coordination des dispositifs autour du jeune et de son lieu d'hébergement, sans pour autant assigner le jeune à résidence évidemment, mais selon ses besoins.

La problématique du « prendre soin » des MNA révèle un essoufflement de l'action sociale telle que nous la connaissons et invite la société et l'État à changer de paradigme. Les professionnels et une bonne partie de la société civile sont prêts et tentent déjà à **aller vers** des modalités d'**accueil** qui **prennent soin** des personnes.

CONCLUSION

Le titre de ce mémoire demandait « Comment “prendre soin” des MNA ? ». Le lecteur aura compris que le travail restitué ne donne pas les réponses « clés en main » à cette question.

Il s’agissait de proposer une réflexion plus globale sur « la prise en soin » d’un public vulnérable. Le raisonnement s’articulait autour d’une approche « descendante » consistant à montrer que le cadre juridico-administratif n’est pas adapté pour soigner ces jeunes, notamment car il ne permet pas de prendre en compte ses vulnérabilités, et par une approche « ascendante » proposant un regard sur les pratiques des acteurs de terrains pour répondre aux besoins de soin des jeunes. Le croisement des deux approches invite à remettre en question les modalités de l’action publique envers les plus précaires de notre système afin qu’elles autorisent la « prise en soin », au lieu d’imposer la « prise en charge ».

Je souhaite finir ce mémoire en partageant ma satisfaction d’avoir pu côtoyer le secteur de la recherche des sciences humaines et sociales pendant ce stage. Je suis en effet convaincue qu’il apporte des éclairages essentiels à l’organisation de notre système de soins. Grâce à cette expérience, je souhaite garder un œil attentif aux travaux de recherche le long de mon futur parcours professionnel.

Bibliographie

- Littérature scientifique

ARCHAMBAULT Mathilde, **LARDANCHET** Guillaume, **SIRI** Morgane, « Des MIE aux MED : l'indispensable prise en compte des situations qui échappent au droit commun », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 301-315.

BELIEN-PALLET Valérie, **MINASSIAN** Sevan, **LEFEBVRE** Pauline *et al.*, « Mettre des mots sur les maux. La consultation de médecine de l'adolescent pour les mineurs non accompagnés : entre besoins de santé réels et difficultés de suivi », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 109-121.

BRICAUD Julien, **THIBAUDEAU** Caroline, « Crise de l'accueil et institutionnalisation du « soupçon »... à l'égard des mie : de la question politique à la question éducative », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 217-231.

BRODIEZ-DOLINO Axelle. « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, vol. 188, no. 2, 2015, pp. 10-18.

BRUGÈRE Fabienne, « Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? », *Cahiers philosophiques*, 2014/1 (n° 136), p. 58-68.

CARAYON Lisa *et al.*, « Soyez cohérent, jeune homme ! ». Enjeux et non-dits de l'évaluation de la minorité chez les jeunes étrangers isolés à Paris, *Revue française de science politique* 2018/1 (Vol. 68), p. 31-52.

CHAMBON Nicolas, **CARBONEL** Natacha, **FOUCHE** Matthieu, « Les mineurs étrangers isolés : une catégorie, des usagers, des intervenants », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 130, no. 2, 2016, pp. 94-100.

CHARIOT Patrick, « Quand les médecins se font juges : la détermination de l'âge des adolescents migrants », *Chimères*, vol. 74, no. 3, 2010, pp. 103-111.

COGNET Marguerite, **GABARRO** Céline, **ADAM-VÉZINA** Émilie, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & Migrations*, 2009/6 (n° 1282).

ETIEMBLE Angelina, « Mineurs non accompagnés en France, quelles évolutions en 20 ans ? », *Écarts d'identités*, n°129, janvier 2018, p.8-13.

GARDELLA Édouard, « Sociologie de la réflexivité dans la relation d'assistance. Le cas de l'urgence sociale », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 59 - n° 3 | Juillet-Septembre 2017, mis en ligne le 02 août 2017, consulté le 31 juillet 2018. URL : <http://journals.openedition.org/sdt/853> ; DOI : 10.4000/sdt.853

GUEGAN Marion, **RIVOLLIER** Elisabeth, « Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative », *Santé Publique*, vol. vol. 29, no. 6, 2017, pp. 861-867.

HASSID Sophie, « Entretien avec Sophie HASSID », *Écarts d'identités*, n°129, janvier 2018, p.38.

JACOB Marie, « La question des mineurs étrangers non accompagnés... pour la protection de l'enfance et le risque de bascule déontologique de l'ASE », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 96, no. 2, 2017, pp. 283-300.

LARDEUX Laurent, « Parcours migratoires et biographies des mineurs non accompagnés entre circulation migratoire et assignation territoriale », *Écart d'identités*, n°129, janvier 2018, p.24-35.

LE BERRE Rozenne, *De rêve et de papiers, 547 jours avec les mineurs isolés étrangers*, La Découverte, « Cahier libres », 2017, 180 pages.

MARTINI Jean-François, « Mineurs étrangers : le tri qui tue », *Plein droit*, vol. 92, no. 1, 2012, pp. 11-15.

MBONDO Joseph, « C'est ça, une histoire vraie d'un garçon du Cameroun », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 96, no. 2, 2017, pp. 199-213.

MOLINIER Pascale, *Le travail du care*, La Dispute, « Le genre du monde », 2013, 222 pages.

PETROUCHINE Roman, **KONARE Bintily**, et **ZEROUG-VIAL Halima**, « Les mineurs isolés étrangers. De l'assignation paradoxale comme épreuve de professionnalité », *Enfances & Psy*, vol. 67, no. 3, 2015, pp. 113-124.

PETROUCHINE Roman, **LECONTE Juliette**, « Le mineur non accompagné : penser les mots, penser la clinique », *Écart d'identités*, n°129, janvier 2018, p.45-49.

PRZYBYL Sarah, « Territoires de la migration, territoires de la protection. Parcours et expériences des mineurs isolés étrangers accueillis en France », *Hommes & Migrations*, 2017/4 (n° 1319), p. 166-170.

PRZYBYL Sarah, « Parcours et expériences migratoires des mineurs isolés étrangers accueillis en France », *Écart d'identités*, n°129, janvier 2018, p.18-23.

RAVON Bertrand, **LAVAL Christian**, *L'aide aux « adolescents difficiles ». Chroniques d'un problème public*. ERES, « Études, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2015, 192 pages.

RAVON Bertrand et **VIDAL-NAQUET Pierre**, « Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social », *Rhizome*, vol. 67, no. 1, 2018, pp. 74-81.

Rhizome, « « Aller vers »... d'autres pratiques ? », 2018/2, n°68.

ROPTIN Jacky, « Quel savoir adolescent pour les mineurs non accompagnés... victimes de violence politique ? », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 53-66.

RUDY Hugo, « Trauma complexe et processus de reconstruction... d'un jeune bacha bazi afghan », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2017/2 (n° 96), p. 69-79.

SENOVILLA-HERNANDEZ Daniel, « Mineurs isolés étrangers non protégés : résultat d'une enquête dans quatre pays européen », dans le dossier de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, « Vulnérabilité, identification des risques et protection de l'enfance », 2014.

WHITE Julie A, **TRONTO Joan C**, « Les pratiques politiques du care : les besoins et les droits », *Cahiers philosophiques*, 2014/1 (n° 136), p. 69-99.

- **Littérature grise**

Académie Nationale de Médecine, Rapport sur la fin des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires (2007).

Anesm, « L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers » », Rapport de recommandations et bonnes pratiques professionnelles, 2017.

CHAMBON Nicolas, « Solidarisations. Enquête sur les migrants en situation irrégulière et leurs soutiens », Thèse pour l'obtention du Doctorat de Sociologie, 2017.

Comité Consultatif National d'Ethique, Avis n°88 sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques (2005).

DOINEAU Elisabeth, **GODEFROY** Jean-Pierre **GODEFROY**, « Mineurs non-accompagnés : répondre à l'urgence qui s'installe », Rapport d'information n°595 au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, 28 juin 2017.

France terre d'asile, « L'accueil et la prise en charge des mineurs isolés étrangers en France », octobre 2017, p. 14.

HAS, « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins », Référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques, Octobre 2017.

Médecins du monde, « Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France », 2016.

Médecins du monde, « L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France. Cadre légal et dysfonctionnements », 2017.

Médecins du Monde et Primo Lévi, « La souffrance psychique des exilés », 2018.

Observatoire national de la protection de l'enfance, « Vulnérabilité, identification des risques et protection de l'enfance », Dossier thématique coordonné par Laurent LARDEUX, 2014.

Observatoire national de la protection de l'enfance, « Mineurs non accompagnés. Quels besoins et quelles réponses ? », Dossier thématique coordonné par Ludovic JAMET et Elsa KARAVEL, février 2017.

Orspere-Samdarra, « Les mineurs isolés étrangers », Actes des séminaires de réflexion 2014-2015, juillet 2014.

Orspere-Samdarra, « Les mineurs isolés étrangers, quels accompagnements ? quelle adolescence ? », Actes de la 8^{ème} journée d'étude, 11 juin 2015.

- **Références juridiques**

Arrêté du 28 juin 2016 relatif aux modalités de calcul de la clé de répartition, des orientations

Arrêté du 17 novembre 2016 relatif aux modalités d'évaluation.

Avis du Défenseur des droits n°17-10, 11 octobre 2017.

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

Code de l'action sociale et des familles.

Déclaration des Droits de l'Enfant, 1959.

Déclaration de Genève, 26 septembre 1924.

Décret du 24 juin 2016 relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluations.

Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

- **Sitographie**

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>

<http://www.infomie.net>

Annexes

Annexe 1 : Terrain d'enquête

- Coordinations santé mentale migrants Rhône

Coordination 1	20/03/2018	« Quelle prise en charge de la santé mentale des mineurs étrangers non accompagnés sur le territoire du Rhône et de la métropole ? »	Rencontre entre professionnels du département sur la prise en charge des MNA : tour de table
Coordination 2	22/05/2018	« Les vulnérabilités des mineurs non-accompagnés : parcours d'exil, parcours juridico-administratif, parcours de soins »	Présentation des éléments juridiques par un bénévole magistrat honoraire – présentation des problématiques psychiques par un bénévole psychologue – présentation des problématiques d'accès aux soins par la coordinatrice régionale des PASS – actualité des dispositifs - échanges
Coordination 3	10/07/2018	« L'accompagnement des mineurs non-accompagnés : quelles postures professionnelles et bénévoles ? »	Intervention d'un psychologue de Mdm sur « la pitié dangereuse » des bénévoles - échanges

- Entretiens semi-directifs

Entretien 1	Cheffe de service	Centre de santé ESSOR de Forum Réfugiés	03/04/2018	30 min
Entretien 2	Coordinatrice régionale des PASS	ARHM/ARS	11/04/2018 <i>téléphonique</i>	50 min
Entretien 3	Juriste		18/04/2018	2h
Entretien 4	Assistante sociale	PASS généraliste	15/05/2018	2h
Entretien 5	Médecin pédiatre	PASS pédiatrique	17/05/2018	30 min
Entretien 6	Assistante sociale	PASS Pédiatrique, PASS dentaire, PASS généraliste	29/05/2018	1h45
Entretien 7	Salarié	Médecins du Monde Lyon	14/06/2018	1h15
Entretien 8	Bénévole	Collectif AMIE	15/06/2018	1h15

- Observations participantes au sein du collectif AMIE

Collectif AMIE	02/05/2018
Collectif AMIE	09/05/2018
Collectif AMIE	16/05/2018
Collectif AMIE	23/05/2018
Collectif AMIE	30/05/2018
Collectif AMIE	06/06/2018
Collectif AMIE	13/06/2018

Annexe 2 : Guide des ressources dans le cadre du stage

- Participation à différentes activités de l'Orspere-Samdarra

Comité technique Orspere-Samdarra		02/03/2018 17/05/2018
Coordination Santé mentale migrants Drome Ardèche	A Valence Réunion équipes EMPP	06/03/2018
Journée REMILAS	Intervention d'Estelle D'HALLUIN : Présentation de ses travaux et échanges sur les récits dans le cadre des demandes d'asile	19/03/2018
Journée d'étude REMILAS	« La construction de la compréhension mutuelle dans les rencontres professionnelles avec les migrants »	24/04/2018
DIU de l'Orspere-Samdarra	Présentations de travaux de recherches doctorales Jerémy Geereart : Les catégorisations dans les PASS Marjorie Gerbier-Aublanc : Les médiatrices dans les associations de femmes subsahariennes de lutte contre le VIH (doc) et les ajustements de l'hôpital pour l'accès aux soins sur le camp de Calais (post doc)	26/04/2018
Journée d'étude	« Supporter le travail »	16/05/2018
Coordination Santé mentale migrants Drome Ardèche	CADA du Diaconat Protestant « Les équipes des centres d'hébergement d'Adoma et du Diaconat Protestant présenteront les parcours migratoires, les procédures et partageront les problématiques rencontrées concernant la santé mentale de ces publics »	18/05/2018

- Entretiens et rencontres dans le cadre des activités de l'Orspere-Samdarra sur les mineurs non accompagnés

Entretien A	Pédopsychiatre	CMP Orspere-Samdarra	21/03/2018
Entretien B	Pédopsychiatre	CH Le Vinatier	23/03/2018
Foyer X	Directeur de l'établissement + Bénévole	Dispositif de mise à l'abri pour Mineurs Non Accompagnés (Métropole de Lyon)	23/03/2018 présentiel
Rencontre a	Responsable du dispositif	Dispositif MNA de l'ADATE (Isère)	27/03/2018, présentiel, Grenoble
Rencontre b	Médecin généraliste + Médecin psychiatre + Coordinateur/trice	Centre de santé Agecsa Arlequin	27/03/2018, présentiel, Grenoble
Rencontre c		UEMO PJJ Vaulx-en-Velin	29/03/2018
Soirée Ciné-débat	Dans le cadre du DIU : Projection « Mineurs isolés étrangers », d'Aferdite Ibrahimaj + Magali NOWACKI, bénévole et présidente de l'association La Boussole (Chauny) et Laurent DELBOS, Responsable plaidoyer à Forum Réfugiés (Lyon) Débat animé par Roman PETROUCHINE		24/05/2018 Cinéma les Alizées, Bron
Rencontre d	Équipe MEOMIE		31/05/2018

Séminaire Clinique	« Les mineurs isolés non accompagnés : quelles problématiques en santé mentale ? » Intervention de Juliette Leconte, psychologue	27/06/2018 Centre hospitalier Alpes Isère, Grenoble
-----------------------	---	---

GOURIFF

Maëlle

27/08/2018

Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

Comment « prendre soin » des mineurs non accompagnés ?

Promotion 2017-2018

Résumé :

Ce travail propose une réflexion sur la notion de « prendre soin » auprès des mineurs non accompagnés (MNA). Il montre à l'aide de deux approches comment une réelle « prise en soin » n'est pas possible. La première consiste en montrer que le cadre juridico-administratif n'est pas adapté pour soigner ces jeunes car il ne permet pas de prendre en compte ses vulnérabilités. La seconde approche montre comment sur les terrains, les acteurs accompagnants s'adaptent, malgré des difficultés, pour prendre soin des jeunes. Il apparaît donc que la situation actuelle ne permet pas de prendre soin de ce jeune public vulnérable : ceci vient questionner et remettre en question les modalités d'actions publique pour qu'elles autorisent cette « prise en soin ».

Mots clés :

Soins – accompagnement – vulnérabilités – santé mentale - migration

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux

opinions émises dans les mémoires :

ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.