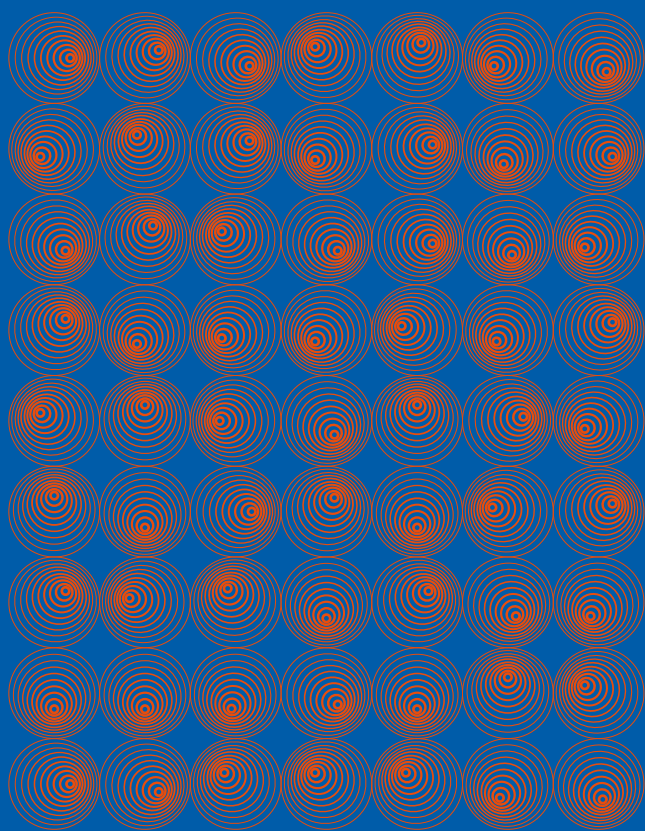


**SANTÉ DES MINEURS
NON ACCOMPAGNÉS NON PROTÉGÉS
ET ADAPTATION DES SERVICES
EN CONTEXTE DE COVID-19 À PARIS**



RAPPORT SCIENTIFIQUE



**SANTÉ DES MINEURS
NON ACCOMPAGNÉS NON PROTÉGÉS
ET ADAPTATION DES SERVICES
EN CONTEXTE DE COVID-19 À PARIS**

RAPPORT SCIENTIFIQUE

REMERCIEMENTS

Un grand merci tout d'abord à tous les participants de cette étude de cas pour leurs contributions et leurs témoignages qui ont permis des analyses approfondies de l'expérience de la pandémie au sein du programme Mineurs Non Accompagnés (MNA) de Médecins du Monde à Paris. Merci surtout à tous les bénévoles et salariées de ce programme, qui ont collaboré aux différentes étapes de l'étude, notamment à Sophie Laurant (ancienne coordinatrice du programme), à Julien Boyer (coordinateur depuis l'automne 2020) et Clotilde Lelongt (assistance sociale pour le programme). Nous remercions aussi les membres de l'équipe de l'Observatoire Médecins du Monde France pour leur collaboration et les personnes qui ont participé à la transcription des entretiens – Thérèse Gautier-Garancher, Colette Andrieux et Leslie Dubent. Merci enfin aux membres du comité de partage de l'étude sur les besoins en santé des MNA à Paris, pour leur commentaires et suggestions sur une version préliminaire de ce rapport.

Conception et réalisation graphique :
Christophe Le Drean

Date de publication :
Août 2021

FINANCEMENT

Fonds de Recherche du Québec – Santé
Médecins du Monde

INVESTIGATEUR PRINCIPAL

Lara Gautier, École de santé publique de
l'Université de Montréal

AUTEURS DU RAPPORT

Lara Gautier et Stéphanie Nguengang Wakap

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Florian Verrier, Érica da Silva Miranda,
Victoria Négré, Jalel Hamza,
Juan-Diego Poveda et Magali Bouchon.



SOMMAIRE

4	Liste des acronymes
4	Liste des tableaux et figures
5	Résumé exécutif
9	Introduction
13	Méthodes
17	Résultats
43	Discussion
47	Conclusion
51	Références
55	Annexes

LISTE DES ACRONYMES

AME	Aide médicale de l'État
ASE	Aide sociale à l'enfance
CFRD	Cours de français à distance
CISP	Classification internationale des soins primaires
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
CPAD	Cours particuliers à distance
DPI	Dossier patient informatisé
ET	Écart type
MdM	Médecins du Monde
MNA	Mineurs non accompagnés
MSF	Médecins sans frontières
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
SCOD	Devoirs scolaires à distance

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1	Sources de données incluses dans l'analyse documentaire.....	16
TABLEAU 2	Caractéristiques socio-démographiques des MNA suivis par le programme (période du 16 mars-10 mai 2020), au 16 mars 2020.....	22
FIGURE 1	Diagramme d'inclusion.....	23
FIGURE 2	Courbe d'évolution de la proportion de MNA vus en consultation par semaine, médicale, social et psychologique, du 20 janvier au 5 juillet 2020.....	24
FIGURE 3	Prévalence des pathologies par appareil anatomique et par diagnostics détaillés selon la CISP, sur la période allant du 1 ^{er} mars au 10 mai 2020.....	24
FIGURE 4	Prévalence des troubles psychiques et psychologiques détaillés selon la CISP, sur la période allant du 16 mars au 10 mai 2020.....	27
FIGURE 5	Courbe d'évolution des lieux de vie des MNA suivis par le programme de MdM durant la période de confinement du printemps 2020 en France.....	29
FIGURE 6	Courbe d'évolution de la proportion de MNA reçus en consultation par semaine, médicale, sociale et psychologique du 19 janvier au 5 juillet 2018.....	64
FIGURE 7	Courbe d'évolution de la proportion de MNA reçus en consultation par semaine, médicale, sociale et psychologique du 19 janvier au 5 juillet 2019.....	64

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

TITRE

Santé des mineurs non accompagnés non protégés et adaptation des services en contexte de COVID-19 à Paris

CONTEXTE

Les mineurs non accompagnés (MNA) sont des enfants de moins de 18 ans qui s'établissent dans un pays étranger sans représentant légal. Les gouvernements des pays d'accueil sont responsables de la prise en charge des MNA. En France, les mineurs non accompagnés bénéficient théoriquement d'une protection au titre de l'assistance éducative (Aide Sociale à l'Enfance). Cependant, les plateformes d'évaluation refusent de les protéger lorsque la minorité de ces jeunes n'est pas reconnue. De ce fait, ils vivent dans la précarité sociale et ont un accès limité aux services de santé. À Paris, l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Médecins du Monde (MdM) offre à ces MNA non protégés une prise en charge médicale, psychologique et sociale. En mars 2020, des mesures de confinement et distanciation visant à contenir la COVID-19 ont davantage réduit l'accès des MNA non protégés aux services de première nécessité (pour se nourrir, se laver, etc.). Cette situation critique a incité MdM à adapter sa prise en charge des MNA et ses actions relatives à leurs besoins au contexte de crise sanitaire. Pour cette étude de cas, nous avons cherché à répondre à la double question suivante: quels étaient les besoins en santé et les besoins sociaux des MNA non protégés pendant le confinement, et comment le programme MNA de Médecins du Monde à Paris a-t-il répondu à ces besoins dans le contexte de la crise sanitaire ?

MÉTHODES

Premièrement, nous estimons l'évolution des besoins en santé (somatique et psychique) d'une cohorte de 58 MNA non protégés pendant les huit semaines de confinement en utilisant des données secondaires. Deuxièmement, au moyen d'entretiens approfondis avec les bénévoles et les salariés du programme MNA de MdM (n=15), nous explorons davantage la diversité des besoins des MNA et documentons l'expérience des consultations téléphoniques avec cette cohorte de MNA. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique, tandis que les données quantitatives sont décrites à travers des courbes temporelles.

RÉSULTATS

Les courbes temporelles montrent une augmentation constante des besoins des MNA inclus dans l'étude au fil du temps. La nouvelle forme de prise en charge de MdM peut avoir contribué à atténuer le sentiment d'isolement éprouvé par les MNA. Elle a également eu plusieurs conséquences inattendues. Elle a notamment soulevé des enjeux autour d'un possible rétrécissement à un espace de communication dual, et non plus ancré dans l'espace institutionnel de MdM. Des difficultés liées à la langue ont par ailleurs fait ressortir davantage d'incertitudes dans le diagnostic à poser par les professionnels, par rapport aux consultations en présentiel.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette étude souligne le rôle d'organisations comme MdM, qui, au-delà de la prise en charge médicale, et malgré les difficultés opérationnelles rencontrées pendant la crise sanitaire, réussissent à apporter un soutien psycho-social aux MNA non protégés. De plus, l'expérience de MdM illustre les manières dont la société civile et le milieu associatif viennent combler les manquements de l'État, y compris en contexte de crise. Sur la base des résultats de cette étude de cas, nous recommandons :

1. À l'ensemble des acteurs : l'implication de l'ensemble des parties prenantes (société civile, autorités publiques locales, etc.) y compris les premières personnes concernées – les personnes vulnérables – dans l'élaboration de la planification et la réponse à la transmission de la COVID-19, tout en s'assurant que les rôles et responsabilités de chacun soient clairs.
2. À l'ensemble des autorités publiques : une prise en charge cohérente des besoins, prenant la santé dans sa globalité – somatique, psychique, sociale – et tenant compte des spécificités des MNA, de leurs temporalités et de leurs parcours.
3. À l'État : la mise en place de solutions propres au contexte de pandémie pour des groupes les plus vulnérables (sans pour autant mener vers de la stigmatisation), en s'éloignant des approches de prévention et mesures actuelles, qui relèvent uniquement de la responsabilité individuelle (masques, gestes barrières, attestations de sortie). Celles-ci sont en effet susceptibles de générer de la culpabilité ou du désespoir, pour ces populations qui comptent déjà parmi les plus démunis. La conduite individuelle préventive suppose en effet de disposer au préalable d'un filet de sécurité répondant aux besoins essentiels. Nous préconisons des solutions préventives relevant davantage de la responsabilité collective, et tenant compte du contexte de vulnérabilité des MNA non protégés – à commencer par une mise à l'abri adéquate, que ce soit en temps de crise ou en dehors du temps de crise.
4. Aux professionnels de la santé et du social : la mise en place en temps de crise sanitaire d'un système d'information qui permettrait de coordonner les actions des différents intervenants de façon systématique. Par exemple, comme dans le cas du programme MNA de MdM à Paris, la mise en place d'une astreinte téléphonique et d'un service de transmission de l'information régulier et automatisé (ex : liste d'envoi), est une option à privilégier.
5. Aux professionnels de la santé et du social : tirer des leçons de l'expérience du programme MNA de MdM à Paris pour former les professionnels de santé à davantage articuler le psycho-social et le médical dans leurs actions de prévention, traitement et accompagnement des MNA, les aidant notamment à offrir une information compréhensible et adaptée à ces populations, en contexte de pandémie.
6. Aux professionnels de la santé et du social : reconnaître l'importance d'approches de la communication thérapeutique interdisciplinaire, basée sur un dialogue constant entre professionnels de santé, travailleurs sociaux (et/ou bénévoles) et les MNA eux-mêmes.

INTRODUCTION

Les mineurs non accompagnés (MNA) sont des enfants de moins de 18 ans qui quittent leur pays et s'établissent dans un autre pays sans être accompagnés d'un représentant légal. En 2017, on comptait plus de 300 000 MNA dans le monde, soit près de cinq fois plus qu'en 2010 (Unicef, 2017). Les agences gouvernementales des pays d'accueil sont légalement responsables de la garde et de la prise en charge des MNA. Cependant, comme l'ont révélé de récents rapports sur les piètres conditions dans lesquelles se trouvent de nombreux MNA dans certains pays (par exemple aux États-Unis), le mode de prise en charge peut parfois mettre en danger cette population particulièrement vulnérable (Menjívar & Perreira, 2019). Ainsi, dans une recommandation récente, le Conseil de l'Europe a invité ses pays membres à mettre en place un « système de prise en charge efficace » adapté aux besoins des MNA (International Justice Resource Center, 2019). Sur le territoire français, les MNA (environ 40 000) ont théoriquement accès à des dispositifs de protection de l'enfance, notamment l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (article 365 du Code Civil). Cependant, l'accès des MNA à ces dispositifs est fréquemment refusé, les équipes travaillant pour le compte des dispositifs d'évaluation organisés par les départements évaluant qu'ils ne sont pas mineurs. De ce fait, les pouvoirs publics ont souvent négligé la prise en charge des MNA en dehors des dispositifs de protection de l'enfance, notamment les MNA en attente d'une décision de justice reconnaissant ou non leur minorité. Tant qu'une telle décision n'est pas prise, les MNA en France restent donc *de facto* non protégés, naviguant dans la précarité sociale et l'instabilité du lieu de vie. Or, on sait que ces caractéristiques sont des déterminants sociaux de

la santé : ils façonnent non seulement l'accès aux services de santé, mais aussi l'état de santé de ces personnes (Kreuter et al., 2021).

L'état de santé préoccupant des MNA a fait l'objet de plusieurs rapports institutionnels (Haut Conseil de la Santé Publique, 2019; Haute Autorité de Santé, 2018). En réponse à cette situation, depuis 2015, outre les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) (Hourdet et al., 2020), un certain nombre d'organisations de la société civile (OSC) ont offert aux MNA non protégés des soins non seulement médicaux, mais aussi sociaux et psychologiques. En mars 2020, la mise en place par le gouvernement de mesures pour contenir la pandémie de COVID-19 a encore davantage réduit l'accès des MNA non protégés aux services de santé (Collectif, 2020; Laurant, 2020). Le contexte de crise sanitaire, et en particulier les mesures de confinement au printemps 2020 (en vigueur pendant huit semaines, du 17 mars au 10 mai 2020), ont en effet transformé la vie quotidienne des MNA non protégés de nombreuses façons – notamment concernant leur lieu de vie (la plupart d'entre eux vivent dans un état de sans-abrisme chronique) ou logement (souvent inadéquat et proposé par la société civile), leur accès à la nourriture (difficulté d'accès aux services alimentaires liée au manque d'informations sur les sites de distribution), ainsi que leur accès à l'information (être non accompagné, isolé, et parler peu le français) (Gautier et al., 2021). Pour la plupart d'entre eux, la priorité, au moment où la décision du confinement a été prise, était de trouver un endroit où dormir et passer la journée. En une semaine, tous les lieux qu'ils fréquentaient habituellement ont été fermés (par exemple, les bibliothèques, où ils suivent

des cours de français et où ils peuvent recharger leur téléphone portable). En outre, le 20 mars, les services chargés d'évaluer leur droit à bénéficier de la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance, ASE (plateforme d'évaluation et tribunaux) ont également fermé leurs portes ; les audiences du tribunal ont été annulées et les décisions ont été considérablement ralenties. Cette situation a soulevé de graves problèmes car chaque semaine qui passe rapproche les MNA de leur 18^e anniversaire, réduisant ainsi les possibilités d'obtention d'une protection et prise en charge adéquates.

La plupart de ces adolescents ont subi de multiples traumatismes, depuis leur départ jusqu'à leur arrivée en France. De nombreux MNA ont des besoins importants en matière de santé somatique et psychique en raison de ces routes migratoires périlleuses (Radjack et al., 2019). De plus, les conditions de vie en France contribuent à la détérioration de leur état de santé somatique et psychique (Gautier et al., 2020 ; Médecins du Monde, 2020). Les besoins sociaux (qui incluent le lien social, alimentation, logement, services d'eau/électricité/gaz, éducation, revenu, transport et sécurité personnelle) et les besoins en matière de santé sont donc intimement liés (Kreuter et al., 2021). Des auteurs rapportent que ces vulnérabilités se sont trouvées exacerbées dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (Douglas et al., 2020).

Conscientes de l'urgence de la situation, les organisations non gouvernementales (ONG) ont rapidement adapté la prestation de soins au nouveau paradigme de l'éloignement physique, en continuant à soutenir des centaines de MNA

non protégés pendant la pandémie. Plusieurs ONG (qui ont fortement mobilisé les membres de la société civile en France) ont continué à offrir aux MNA non protégés des consultations téléphoniques médicales, psychologiques, et sociales. Entre le 15 mars et le 15 mai, Médecins du Monde (MdM) et Médecins Sans Frontières (MSF), en partenariat avec le Comité pour la santé des exilés (COMEDE), ont réalisé pas moins de 400 consultations médicales et 730 consultations de renforcement psycho-sociales pour 260 MNA non protégés (Médecins du Monde & Médecins Sans Frontières, 2020). Ainsi, la pandémie a impacté l'action des différents programmes dédiés à la population de MNA non protégés à Paris. Nous proposons d'analyser comment la pandémie a impacté l'action du programme MNA de MdM, implanté à Paris depuis 2015, notamment pour pouvoir continuer à répondre aux besoins des MNA non protégés dans le contexte de la COVID-19.

Une recherche globale sur l'impact du type de prise en charge sur les conditions de vie des MNA non protégés était en cours quand la pandémie de COVID-19 a éclaté. Les discussions entre les chercheurs ont abouti au choix de mener une étude de cas permettant de dresser un portrait de l'évolution des besoins et de l'adaptation des formes de prise en charge dans le contexte de cette pandémie. Pour cette étude de cas employant les méthodes mixtes, nous avons ainsi cherché à répondre à la double question suivante : *quels étaient les besoins en santé et les besoins sociaux des MNA non protégés pendant le confinement et comment le programme MNA de Médecins du Monde a-t-il répondu à ces besoins dans le contexte de crise sanitaire ?*

MÉTHODES

Nous avons employé un devis d'étude de cas utilisant les méthodes mixtes, comprenant un devis convergent avec une composante quantitative et une composante qualitative (Pluye et al., 2009).

COLLECTE ET ANALYSE DE DONNÉES QUANTITATIVES

Premièrement, nous avons effectué une étude descriptive monocentrique rétrospective. Cette étude avait pour objectifs :

1. de décrire les caractéristiques des MNA suivis par MdM pendant le confinement (56 jours, du 16 mars au 10 mai 2020)¹,
2. de décrire l'évolution des consultations médicales, psychologiques et sociales pour ces MNA non protégés suivis par le programme MNA de MdM à Paris, 56 jours avant le confinement (du 20 janvier au 15 mars 2020), pendant ce confinement, et 56 jours après (du 11 mai au 5 juillet),
3. de caractériser les besoins de ces MNA durant le confinement,
4. de décrire la prise en charge des besoins en santé somatique pendant le confinement.

Pour cette étude rétrospective, les données ont été extraites à partir de deux sources secondaires. La première source de données était le Dossier Patient Informatisé (DPI), outil de collecte de données sur les caractéristiques et la prise en charge socio-médicale des personnes bénéficiaires des programmes MdM en France. Le DPI, mis en place par MdM depuis 2016, permet de recueillir, de manière continue, les informations socio-médicales de chaque usager, via un site internet sécurisé, dans une base de données unique et centralisée hébergée par un hébergeur agréé « hébergeur de données de santé à caractère personnel ». Les données sont renseignées selon le type de consultation par les bénévoles et salariés du programme (médecins,

psychiatres ou psychologues, assistantes sociales, juristes, etc.). Ces données ont été transmises aux chercheurs par un des salariés de MdM après anonymisation. Dans les DPI, les diagnostics des volets médicaux et psychologiques sont classés et codés grâce à la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) par les médecins selon le type de consultations. Cet outil, intégré à la famille des classifications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a pour but de qualifier et de coder de manière standardisée les symptômes ou les plaintes, les pathologies diagnostiquées et les actes réalisés par les médecins lors de la consultation ou en fin de consultation. Les données issues des DPI portent sur l'ensemble de la période d'étude, soit : avant le confinement du printemps 2020, pendant ce confinement, et après (tel que précédemment défini).

La deuxième source de données était un document de suivi du programme MNA à Paris, à savoir un tableau Excel saisi par les bénévoles et salariés du programme pendant la période du confinement du printemps 2020, comportant les caractéristiques sociodémographiques et des données sur le lieu de vie et l'état de santé autodéclaré des MNA suivis par téléphone. L'identification et la caractérisation des besoins a porté sur l'ensemble des MNA bénéficiaires de l'intervention – le suivi par téléphone – du programme MNA de MdM. La période d'exploitation des données du tableau couvre les huit semaines de confinement imposé par le gouvernement français.

Les données du tableau de suivi téléphonique étaient consignées par les bénévoles et salariés eux-mêmes, en respect de la protection des données personnelles. Avant partage du tableau avec l'équipe de recherche, ces données ont fait l'objet d'une anonymisation par l'un des salariés de MdM. À des fins d'exploitation statistique, un masque de saisie a été conçu sur le logiciel *KoboToolBox* pour faciliter l'exportation des données du tableau de suivi et générer de manière automatique une base de données. L'exhaustivité des informations n'a pas pu être assurée car les éléments renseignés sur la base des déclarations des mineurs ne

¹ Afin de faciliter l'analyse par semaine, nous avons fait le choix d'inclure le lundi 16 mars dans la première semaine de confinement.

portaient pas de manière systématique sur leur état de santé ou leurs problèmes psychologiques et sociaux.

Les critères d'inclusion des personnes étaient les suivants :

- Avoir moins de 18 ans à la date du début de confinement².
- Être inscrit au programme dédié aux MNA non protégés de MdM.
- Être de nationalité étrangère, quel que soit le statut administratif.

Nous avons également appliqué les critères de non-inclusion suivants :

- Refus d'être contactées.
- Accompagnement spécifique non nécessaire.
- Impossibilité d'être contactées.

L'analyse descriptive des données sur les MNA suivis durant le confinement du printemps 2020 a été réalisée à partir du tableau de suivi téléphonique et a inclus les variables suivantes : l'âge, le sexe, le pays d'origine, la situation administrative, le type de formation à distance suivi, le statut d'inscription au parcours de soin de MdM, le besoin de suivi psychologique (tel qu'évalué par les bénévoles du programme MNA de MdM) et la durée dans le programme. L'analyse descriptive a consisté en calcul de la moyenne \pm écart type pour les variables quantitatives. Les effectifs et les pourcentages des différentes modalités ont été utilisés pour caractériser les variables catégorielles. Les analyses sur l'évolution des consultations en réponse aux besoins en santé et besoins sociaux ont été réalisées à partir des données du DPI. Ainsi, des courbes temporelles rapportant la proportion des MNA ayant déclaré des problèmes de santé selon les types de besoins colligés sur chacune des périodes (avant, pendant et après le confinement du printemps 2020), ont été produites.

La caractérisation des besoins des MNA durant le confinement s'est basée sur les données du DPI, en lien avec la CISP. La prévalence des différentes pathologies a été calculée pour les besoins somatiques et psychiques. De plus, les données extraites du tableau de suivi du programme MNA de MdM ont permis de faire ressortir le lieu de vie déclaré par les MNA durant les huit semaines du confinement.

Enfin, concernant la prise en charge des besoins en santé somatique, les données du tableau de suivi téléphonique nous ont fourni des informations sur l'intervention de la veille sanitaire de l'organisation MdM en Île-de-France. Pendant la période de confinement, la veille sanitaire avait en effet renforcé sa collaboration avec le programme MNA. Nous avons ainsi analysé la fréquence d'intervention des membres de l'équipe du programme de la veille sanitaire pour répondre aux besoins urgents de médicaments et autres produits médicaux.

Le logiciel R projet© version 4.0.3 a été utilisé pour effectuer les différentes analyses.

COLLECTE ET ANALYSE DE DONNÉES QUALITATIVES

Deuxièmement, au moyen d'entretiens approfondis avec les bénévoles et les salariés de MdM (n = 15), nous avons davantage exploré les besoins des MNA non protégés et analysé l'expérience des consultations téléphoniques avec cette cohorte de MNA. Les entretiens ont été réalisés par la première auteure, par visioconférence (Zoom ou autre application) ou par téléphone, entre juin et juillet 2020. Le guide d'entretien est disponible en annexe. Outre des questions sur les modes de prise en charge des MNA non protégés, ce guide incluait des questions sur comment le contexte de crise sanitaire recomposait la capacité à répondre aux besoins des MNA, et les adaptations mises en œuvre par MdM. Les entretiens duraient entre 1h et 1h30.

² Les jeunes ayant atteint l'âge de 18 ans au cours de la période du confinement ont été inclus.

Troisièmement, nous avons réalisé une analyse documentaire à partir de données secondaires textuelles portant sur les adaptations mises en œuvre par le programme MNA de MdM (tableau 1). Ces données comprenaient : le tableau de suivi précédemment évoqué (qui comprenait non seulement des données numériques, mais aussi des données textuelles et verbatims de MNA suivis et/ou de bénévoles rapportés par les bénévoles eux-mêmes), un tableau récapitulatif des activités mises en œuvre et plusieurs courriels de suivi. Ces données textuelles extraites des documents fournis par les salariés du programme MNA, ont été triangulées avec les données d'entretiens afin de compléter l'analyse de l'évolution des besoins et des adaptations de prise en charge par MdM.

Les deux corpus de données qualitatives, une fois triangulés, ont été exportés sur *QDAMiner* pour traitement et codage. L'approche inductive est apparue comme la plus appropriée pour cette étude de cas en l'absence de cadre conceptuel existant, qui soit à la fois spécifique au contexte de pandémie de COVID-19, et aux populations vulnérables telles que les MNA. Sur *QDAMiner*,

les codes et catégories de codes (thèmes et sous-thèmes) ont été élaborés de manière itérative, et affinés de façon continue. L'arbre de codes a été développé sur la base de deux premiers entretiens, puis ajusté au fur et à mesure du codage. Les résultats quantitatifs et qualitatifs ont fait l'objet d'une intégration par thème, ce qui est visible dans la section Résultats. Il est notamment pertinent de rendre compte des similitudes et différences entre les deux corpus de données.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les comités d'éthique de la recherche de l'Université de Paris et de l'Université McGill ont approuvé (Décisions 2020-58 et 19-11-045 (0820), respectivement) les amendements concernant cette étude de cas COVID-19 apportés au protocole de recherche initial qui avait reçu une approbation éthique début 2020 (Décisions 2019-83 et 19-11-045, respectivement). Tous les participants ont pris connaissance d'un formulaire d'information avant de consentir à participer à cette recherche.

Code de référence	Nom de la source	Date (source)
TACTIV_PMNA	Tableau récapitulatif des activités [TACTIV] réalisées par le programme MNA Paris pendant la période de confinement, Programme MNA Paris, version finale	23-Jun-20
TSPHON_PMNA	Tableau de suivi régulier par téléphone [TSPHON] (et guide d'utilisation), Programme MNA Paris, version finale	16-Jun-20
MAIL_PMNA	Courriel d'un salarié du programme MNA Paris (partage de données chiffrées sur les activités du programme MNA pendant confinement)	16-Jun-20
BENEVMAIL_PMNA5	Courriel d'information des salariés du programme MNA aux bénévoles : récapitulatif d'actions	11-May-20
BENEVMAIL_PMNA4	Courriel d'information aux bénévoles du programme MNA : plaidoyer	17-Apr-20
BENEVMAIL_PMNA3	Courriel d'information aux bénévoles du programme MNA : plaidoyer	8-Apr-20
PARTMAIL_PMNA2	Courriel d'information aux partenaires externes du programme MNA : nouveau format des actions du programme MNA	30-Mar-20
BENEVMAIL_PMNA2	Courriel d'information aux bénévoles du programme MNA	25-Mar-20
BENEVMAIL_PMNA1	Courriel d'information aux bénévoles du programme MNA [BENEVMAIL]	17-Mar-20
PARTMAIL_PMNA1	Courriel d'information aux partenaires externes du programme MNA [PARTMAIL] : suspension des actions du programme MNA	17-Mar-20

TABLEAU 1 Sources de données incluses dans l'analyse documentaire.

RÉSULTATS

La section résultats est divisée en cinq sous-parties. La première partie présente les adaptations apportées au programme MNA au moment des annonces gouvernementales dès la mi-mars 2020. La deuxième partie décrit les caractéristiques des 58 MNA suivis au moment du confinement, ainsi que celles des 15 répondants aux entretiens (bénévoles et salariés). La troisième partie retrace l'évolution du nombre de consultations afin de répondre à la demande de suivi des MNA suivis par le programme de MdM à Paris, avant, pendant et après le confinement. Les besoins durant le confinement sont également caractérisés. La quatrième partie fait état de la prise en charge de l'ensemble de ces besoins, par et selon des bénévoles et salariés du programme MNA de MdM. Enfin, la cinquième partie souligne les perceptions liées aux adaptations de la prise en charge par les bénévoles et salariés du programme MNA de MdM.

1. DESCRIPTION DES ADAPTATIONS DU PROGRAMME MNA DÈS LA MI-MARS 2020

L'analyse documentaire des données extraites des documents présentés au Tableau 1 fait ressortir les éléments principaux contenus dans cette section. Des données extraites des verbatims d'entretiens viennent compléter l'analyse de ces documents. Le programme MNA de MdM, qui offre une prise en charge médicale, psychologique et sociale aux MNA non bénéficiaires, ou en attente de décision, de protection au titre de l'ASE, a mis en place et/ou adapté quatre champs d'action principaux dans le contexte de pandémie de COVID-19³ :

1. Continuité-adaptation de la réponse aux besoins en santé somatique : consultations médicales par téléphone et poursuite du suivi médical, incluant désormais un volet de prévention et contrôle des infections à la COVID-19, et de suivi-conseil aux hébergeurs de MNA.
2. Continuité-adaptation de la réponse aux besoins en santé psychique : consultations psychologiques des MNA par téléphone.
3. Continuité-adaptation de la réponse aux besoins sociaux (accès à des informations clés sur l'hébergement, l'alimentation, l'hygiène, l'éducation) : mise en place d'un suivi téléphonique individualisé trois fois par semaine.
4. Continuité-adaptation du plaidoyer en contexte de crise sanitaire auprès des autorités municipales pour une mise à l'abri adéquate des MNA en attente de décision faisant autorité de la chose jugée (notamment ceux vivant à la rue) concernant leur protection au titre de l'ASE – compte tenu des mesures de confinement et distanciation annoncées par le gouvernement.

Premièrement, MdM a adapté sa réponse aux besoins en santé somatique (accès à un médecin ou à des produits de santé comme des médicaments). Avant le confinement, cette réponse se matérialisait par une permanence hebdomadaire. Dès le mardi 17 mars 2020, afin de soutenir non seulement les MNA qui se trouvaient en dehors des dispositifs de protection, mais aussi ceux dont la prise en charge par l'ASE était défaillante, le

programme MNA de MdM a diffusé auprès de ses partenaires, pour rappel, une adresse courriel permettant à toute personne en lien avec des jeunes rencontrant des problèmes de santé somatique (suspicion de COVID-19 ou autres problématiques) de demander à ce que ces derniers soient rappelés pour bénéficier d'une évaluation de leur situation et d'une prise en charge sanitaire adaptée⁴. Cette adresse était gérée par un pool de neuf médecins généralistes, bénévoles du programme MNA de MdM. À partir du 1^{er} avril 2020, cette adresse a été secondée par un numéro d'astreinte téléphonique assurant un lien direct et rapide (du lundi au vendredi de 9h à 17h) avec le pool de médecins, mis à la disposition de l'ensemble des hébergeurs, associations et collectifs citoyens venant en appui aux MNA en situation de précarité sociale⁵. Chaque jour, un nouveau médecin (parmi les neuf) assurait la permanence :

*« Du jour au lendemain on est passé de consultation physique à par téléphone, euh... des astreintes médicales, donc au départ j'étais en train de me dire « mais comment est-ce que ça va se passer ? ». Mais finalement... Donc là on avait une journée euh... enfin, euh, tous les jours de la semaine un médecin était d'astreinte. Et quand nous sommes d'astreinte, ben du coup on est censé être disponible pour appeler les jeunes, si y'a des problématiques qui ont été euh, 'fin si y'a des jeunes qui ont été, qui ont eu des plaintes ou des choses comme ça. »
(P34, médecin)*

Chaque médecin faisait ensuite le relais auprès d'un salarié du programme MNA s'il y avait besoin de suivi /de rappel, par la veille sanitaire de MdM par exemple (pour distribution de médicaments),

³ Source: TACTIV_PMNA.

⁴ Source: PARTMAIL_PMNA1.

⁵ Source: PARTMAIL_PMNA2.

ou d'orientation pour la prise de rendez-vous en hôpital :

*« Et puis, après [l'examen médical par téléphone], à ce moment-là, mettre en place tout ce dont ils ont besoin, donc est-ce qu'ils ont besoin de médicaments, comment mettre en place pour que il puisse avoir accès à ça, finalement en fait il a besoin d'une consultation, peut-être à la PASS, à ce moment-là il faut que j'appelle la PASS, si c'est le soir, il faut que je le fasse le lendemain, si c'est le vendredi faut que je le fasse le lundi parce que la PASS n'est pas ouverte le dim... le samedi, dimanche. Et rappeler le jeune après. En fait, finalement, une consultation elle s'étale sur plusieurs jours. [...] Et, le jeune, donc il me dit quelque chose, bon on prend en considération, je suis obligée de le rappeler, de revenir vers lui et lui aussi il est dans l'attente donc euh, voilà lui expliquer comment ça va se passer. »
(P34, médecin)*

Deuxièmement, dès le 16 mars 2020, le programme a fait passer les consultations des psychologues et des psychiatres à distance (par téléphone). Les MNA suivis pour motif de besoins en santé psychiques pendant le confinement étaient référés par les employés ou par les bénévoles du programme MNA de MdM.

Troisièmement, le programme a, dès le 16 mars 2020, mobilisé ses bénévoles et ses salariés pour mettre en place des consultations de renforcement psycho-social par téléphone trois fois par semaine⁶. Au total, 10 bénévoles (six psychologues/psychiatres, et quatre autres bénévoles) et deux salariés ont réalisé le suivi téléphonique de MNA pendant la période de confinement. Outre le suivi des besoins individuels des MNA, ces appels téléphoniques réguliers ont également permis aux bénévoles et aux salariés de MdM de communiquer des informations sur l'évolution de l'épidémie de COVID-19 en France, et fournissant des mises à

jour régulières sur les recommandations de santé publique et les nouvelles mesures mises en œuvre. Dans leurs conversations avec les jeunes, et notamment au début du confinement, ces 12 bénévoles et salariés présentaient/rappelaient également les directives d'hygiène (par exemple, le lavage des mains au savon) et les risques de transmission. Ceci permettait à la fois de les rassurer et de renforcer leur compréhension et connaissance des mesures de prévention. À l'occasion de ces communications par téléphone, étaient également transmises aux jeunes les informations sociales en lien avec leurs besoins essentiels (distribution alimentaire, toilettes publiques, douches, etc.) grâce à la veille réalisée par d'autres bénévoles du programme. Ainsi, à partir du printemps 2020 et jusqu'au mois de septembre, ces appels téléphoniques de renforcement psycho-social ont remplacé les consultations sociales qui étaient offertes dans les locaux du programme avant le confinement. Les consultations sociales avaient pour but d'informer sur les droits des MNA en France et les enjeux de l'évaluation, de réaliser un bilan administratif, juridique et social, favoriser l'accès à l'aide médicale d'État, AME (explication de l'AME et aide à la constitution des dossiers), d'orienter vers les différentes structures utiles aux jeunes, de faire un lien avec les structures médicales (hôpitaux, centre de vaccination, centres de santé, etc.) et non médicales (ASE, dispositif d'évaluation des MNA, associations partenaires, avocats pour enfants, tribunaux, etc.). Les consultations de renforcement psycho-social (appelées "phoning" par le programme MNA) mises en place durant le confinement avaient quant à elles pour but de maintenir un lien en instaurant un espace de confiance et d'écoute, de renforcer la capacité à agir des MNA et à mettre en place par eux-mêmes des solutions à leurs problèmes, de les sortir de l'isolement et de les autonomiser face aux nombreuses difficultés de leur situation.

Quatrièmement, à plusieurs reprises, et notamment au début de la période de confinement, les salariés du programme MNA ont interpellé des représentants des autorités municipales (Mairie de Paris en particulier)⁷. Avec le concours de plusieurs

⁶ Source: BENEVMAIL_PMNA1.

⁷ Source: BENEVMAIL_PMNA3.

autres associations et regroupements d'avocats, le programme MNA a aussi participé à la préparation de plusieurs signalements au Procureur de Paris concernant des jeunes vivant à la rue dans un état de profonde vulnérabilité (demande de protection immédiate par ordonnance de protection provisoire). Les salariés du programme ont notamment suivi et appuyé les dossiers de 18 mineurs extrêmement isolés et dont huit présentaient de surcroît une vulnérabilité en santé majeure (pour lesquels des certificats médicaux ont été établis et transmis aux juridictions et à l'ASE)⁸. Ces salariés ont également participé à la rédaction d'une lettre ouverte aux Premier Ministre, ministre de la Santé et des Solidarités, Garde des Sceaux et Secrétaire d'État à la protection de l'enfance, co-signée par la Délégation Île-de-France de MdM (Collectif, 2020). Enfin, au moment de la sortie de confinement, la Délégation a, sous l'impulsion du programme MNA, également co-signé une lettre avec l'ONG MSF, soulignant le bilan «tragique» du confinement pour les MNA (notamment ceux en attente de décision définitive concernant leur protection au titre de l'ASE) (Médecins du Monde & Médecins Sans Frontières, 2020). En effet, cette population vulnérable a, au mieux, été hébergée en gymnase par les autorités municipales, et seulement 10 jours avant la fin du confinement.

Ces changements, et notamment la poursuite à distance de l'ensemble des activités – et donc leur maintien de fait sous d'autres modalités, ont été vécus comme majeurs :

« Au niveau euh mise en place de ces... ces modalités de travail, et du coup euh, un changement dans nos missions vu qu'on a dû... on a décidé de tout maintenir et de tout développer à distance, euh, au tant qu'on... le puisse. Donc ça été une grosse, une grosse remise en question assez rapide sur ce qu'on pouvait proposer aux MNA et à notre équipe [de bénévoles]. [...] Je sais que on a très vite, on a très vite décidé que, on allait faire du phoning, que... [...] qui voulait dire phoning,

voulait dire aussi capacité à répondre aux jeunes donc euh, tout ce qui était adresses solidaires il fallait aussi qu'on actualise tout ce qui était fermé ou pas.»
(P31, juriste)

Ils ont aussi – et surtout – ajouté une charge de travail supplémentaire pour l'équipe de salariés, et même au-delà de la période de confinement :

« Et bah là si je peux parler de post-COVID même si c'est vrai qu'on a du mal à voir un peu la différence... dans mes conditions de travail [...] c'est le triple du boulot habituel, quoi! »
(P31, juriste)

L'augmentation de la charge de travail a été également relevée par les bénévoles :

« Ben du coup on est censé être disponible pour appeler les jeunes [...]. Et euh... ouais c'était pas tout à fait simple hein, parce que euh... ben déjà d'habitude je travaille en demi-journée, alors que là c'est en journée, ça semble curieux mais du coup je suis obligée de m'adapter de ce point de vue là pour être disponible plus dans la journée.»
(P34, médecin)

⁸ Source : BENEVMAIL_PMNA4.

	Total (N = 58)	%
Genre :		
Garçons	56	96,6
Filles	2	3,4
Âge moyen en année (écart type, ET)		
	16,3	(ET 0,7)
Pays d'origine :		
Mali	21	36,2
Guinée	13	22,4
Côte d'Ivoire	10	17,2
Sénégal	4	6,9
Gambie	2	3,4
Cameroun	2	3,4
République démocratique du Congo	2	3,4
Éthiopie	1	1,7
Maroc	1	1,7
Tchad	1	1,7
Burkina Faso	1	1,7
Situation administrative :		
En recours	33	56,9
Rejet judiciaire	15	25,9
En attente	6	10,3
Absence de recours	3	5,2
Non renseignée	1	1,7
En formation :		
Oui :		
SCOD (devoirs scolaires à distance)	7	12,1
CFRD (cours particuliers à distance)	5	8,6
CPAD (cours de français à distance)	3	5,2
Non	43	74,1
Parcours de soins MdM :		
Oui	21	36,2
Non	37	63,8
Besoin de suivi psychologique :		
Oui	16	27,6
Non	42	72,4
Durée dans le programme :		
< à 3 mois	30	51,7
[3-12 mois [23	39,7
[1-3 ans [5	8,6

TABLEAU 2 Caractéristiques sociodémographiques des MNA suivis par le programme (période du 16 mars-10 mai 2020), au 16 mars 2020 (source : TSPHON_PMNA).

2. CARACTÉRISTIQUES DES MNA PENDANT LE CONFINEMENT DU PRINTEMPS 2020

À la veille de la déclaration du confinement le 16 mars 2020, le programme MNA suivait dans sa file active 69 jeunes depuis au moins trois mois⁹. Parmi-ceux-ci, cinq jeunes n'ont pas pu être contactés et ont été considérés comme perdus de vue. Six jeunes n'ont pas été inclus dans notre étude pour deux raisons principales: soit ils exprimaient explicitement le souhait de ne pas être appelés, soit ils étaient sans demande (ne nécessitant pas l'intervention de suivi par téléphone). Le nombre total de jeunes inclus dans l'étude est de 58 soit 84 % de la file active (voir figure 1).

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants MNA inclus dans cette étude¹⁰. La grande majorité des 58 MNA bénéficiant du suivi téléphonique étaient des garçons (96,6 %), âgés de 16,3 ans en moyenne (au 16 mars 2020). Ils étaient tous originaires d'Afrique. Onze pays étaient représentés. La grande majorité était issu de l'Afrique de l'Ouest et venaient dans 36,2 % du Mali suivi de la Guinée (22,4 %) et de la Côte d'Ivoire (17,2 %). 56,9 % des MNA avaient fait appel de la décision de justice tandis que 27,9 % avaient reçu un refus du Juge des Enfants pour leur demande de protection, 10,3 % étaient en attente d'une décision et 5,3 % n'avaient pas encore entrepris de recours. Parmi les MNA suivis, 36,2 % étaient inscrits au programme de parcours de soins de MdM et 27,6 % étaient considérés comme devant bénéficier d'un soutien psychologique. Durant cette période de confinement, 25,9 % de MNA suivis poursuivaient une formation (quelle qu'elle soit, voir tableau 2) à distance. Les MNA étaient inscrits dans le programme MdM depuis moins de 3 mois pour 51,7 % d'entre eux avec 5,2 % soit 3 MNA intégrés au programme au cours du premier confinement, depuis 3 à 12 mois pour 39,7 % et depuis 1 à 3 ans pour 8,6 %.

Parmi les 15 répondants aux entretiens, il y avait 13 bénévoles et 2 salariés du programme MNA. Il s'agissait de 3 hommes et 12 femmes. On comptait 4 médecins, 5 psychologues, 2 psychiatres, 2 juristes, 1 assistante sociale et 1 personne ayant une formation hors du champ de la santé ou du social (catégorie « *Autre profession* »).

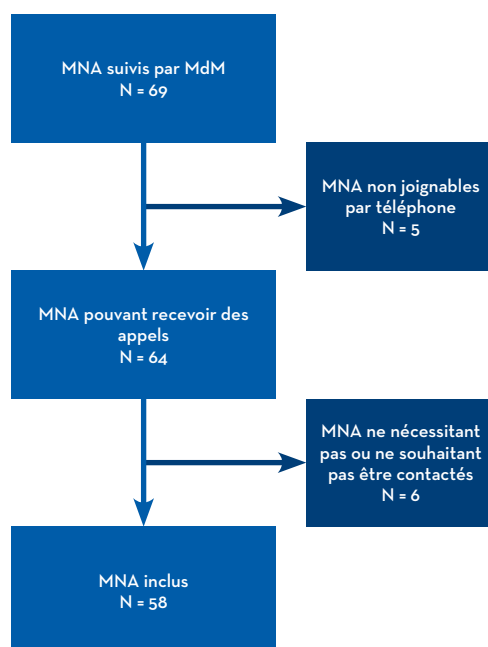


FIGURE 1 Diagramme d'inclusion

⁹ Source: MAILPMNA.

¹⁰ Source: TSPHON_PMNA.

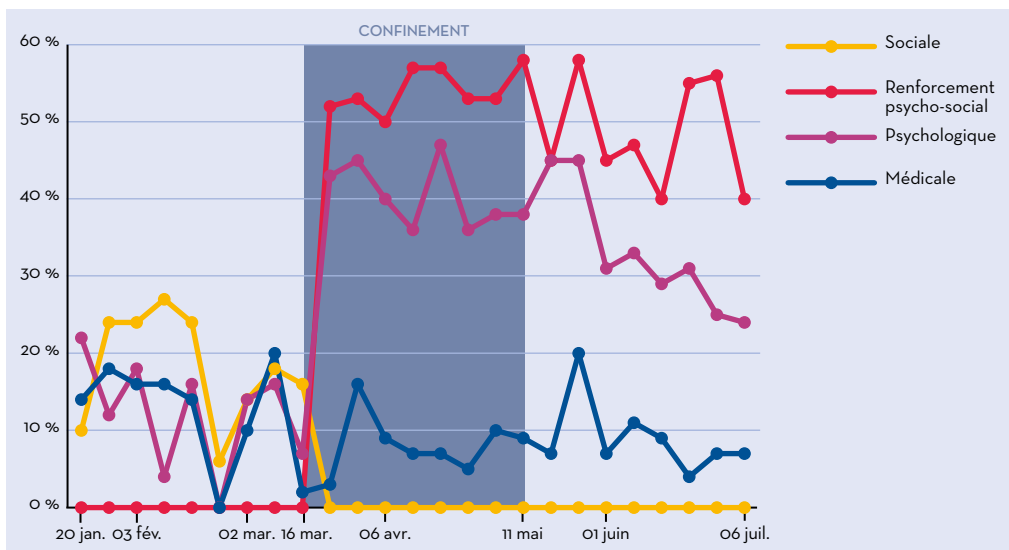


FIGURE 2 Courbe d'évolution de la proportion de MNA vus en consultation par semaine, médicale, social et psychologique, du 20 janvier au 5 juillet 2020 (source: Dossier patient informatisé de MdM).

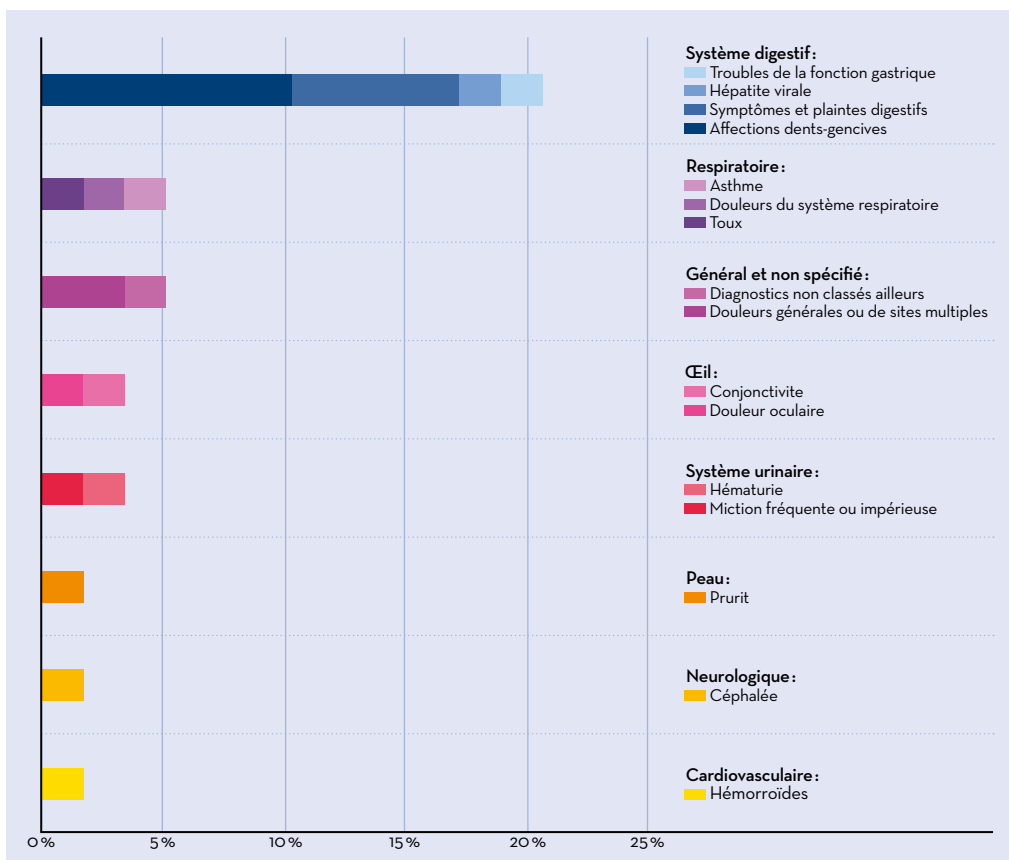


FIGURE 3 Prévalence des pathologies par appareil anatomique et par diagnostics détaillés selon la CISP, sur la période allant du 1^{er} mars au 10 mai 2020 (source: Dossier patient informatisé de MdM).

3. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS OFFERTES AUX MNA SUIVIS PAR LE PROGRAMME DE MDM ET CARACTÉRISATION DES BESOINS EXPRIMÉS

Trois types de consultations organisées par le programme de MdM permettent d'identifier et de répondre aux besoins des MNA suivis dans cette étude : les consultations médicales (pour identifier et répondre aux besoins en santé somatique), les consultations psychologiques (pour identifier et répondre aux besoins en santé psychique), et les consultations sociales (pour identifier et répondre aux besoins sociaux). Comme évoqué dans la section 1 des résultats, ces dernières ont été remplacées par des consultations de renforcement psycho-social au moment du premier confinement. Le suivi de la proportion de MNA vu en consultation par semaine, selon le type de consultation, durant les différentes périodes définies en 2020 est présenté en figure 2.

Sur la période allant du 1^{er} mars au 10 mai 2020, 807 consultations ont été réalisées auprès des 58 jeunes suivis. Le nombre total par type de consultations réalisées était durant la période du premier confinement de 43 consultations médicales, 323 consultations psychologiques et 441 consultations de renforcement psycho-social.

Avant le confinement, 49 MNA ont été suivis au moins une fois du 20 janvier au 15 mars 2020. Pendant le confinement, les 58 MNA inclus ont été suivis. Après le confinement, 55 MNA ont été suivis au moins une fois du 11 mai au 5 juillet. Pour les consultations médicales, la proportion de MNA vu en consultation par semaine est globalement restée stable avant, pendant et après le confinement. Une hausse de la proportion est observée dès le début de confinement concernant les consultations psychologique, passant de 7 à 43%. Avant le confinement, où les consultations sociales étaient mises en place, entre 6 et 27% des MNA étaient vus en consultation chaque semaine. A partir du confinement, les consultations de renforcement psycho-social ont été mises en place. Comme évoqué précédemment, celles-ci

permettaient aux MNA d'exprimer des besoins sociaux (p.ex., lien social, alimentation, etc.). Les bénévoles et salariés participant à ces appels pouvaient aussi apporter des conseils et orientations en réponse à ces besoins. Chaque semaine, au moins la moitié des MNA étaient joints lors de ces consultations. Le maximum était observé en milieu et en fin de confinement, avec 57 à 58% des MNA ayant répondu aux appels sur une semaine.

Cette tendance à la hausse de la proportion de MNA vus en consultation à partir du mois de mars n'était pas observée les années précédentes (voir annexe 4, page 64). Les discours des personnes interviewées confirment par ailleurs l'augmentation de la demande de suivi pendant le confinement :

« Ça dépendait vraiment des jeunes, en fait. Et il y en avait qui étaient je pense, très demandeurs [des appels réguliers]: il y en a plusieurs qui me disaient à la fin merci beaucoup. [...] Ils étaient très en demande et on en avait deux ou trois qui demandaient régulièrement, enfin, qui avaient aussi régulièrement besoin de parler aux psys, de, et je pense qu'il y avait besoin oui de, ou de demander à parler à [l'assistante sociale]. Ils avaient besoin aussi d'être rassurés, euh et après il y en avait d'autres qui étaient euh, qui étaient plutôt euh, je sais pas si vraiment les bons mots mais un peu plus autonome en tout cas qui avaient l'air de, de, d'être moins angoissés et de mieux gérer, euh, peut-être la situation. »
(P36, juriste)

« Euh... ils ont, ils ont des demandes médicales aussi. Euh le parcours de soin a beaucoup, beaucoup fonctionné, et fonctionne. Les jeunes ont beaucoup besoin d'être rassurés. »
(P32, assistante sociale)

3.1 BESOINS EN SANTÉ SOMATIQUE DES MNA PENDANT LE CONFINEMENT DU PRINTEMPS 2020

Les besoins de santé les plus souvent diagnostiqués chez les MNA durant la consultation médicale (figure 3) étaient les troubles liés au système digestif, qui ont concerné 20,7% des jeunes, avec majoritairement les affections dentaires (10,3% d'entre eux), suivis des symptômes et plaintes du système digestif (6,9%). Les médecins corroborent dans leurs discours la prévalence des troubles dentaires et digestifs :

« Bon déjà il y a tout ce qui va être de l'ordre physique, lié euh, lié justement soit au parcours migratoire, soit au fait d'être isolé, ça va être des problèmes de dentition, ça c'est très fréquent, les douleurs abdominales, ça peut être des gastrites parce qu'ils ne mangent pas assez... »
(P34, médecin)

« La majorité des, des pathologies sont d'ordre digestif il me semble, avec, euh une prépondérance, euh, de problèmes de constipation. Pas du tout de troubles du transit c'est plutôt de l'ordre de la constipation, que moi je lie, euh, complètement au fait que, ne pas avoir accès aisément aux toilettes, aux douches, aux... fait que, il y a, ils boivent pas assez, de toute façon ils ont une alimentation qui est, qui n'est pas non plus euh satisfaisante, et qu'on a beaucoup de problèmes digestifs liés à ça, essentiellement des problèmes digestifs. »
(P38, médecin)

Cette citation illustre l'idée selon laquelle les besoins en santé somatique sont directement liés à leurs conditions de vie – et donc à la qualité, ou au manque de qualité, de prise en charge de leurs besoins – l'hébergement et hygiène en particulier. Les différentes catégories de besoins sont donc étroitement liées les unes aux autres. Les besoins

sociaux précèdent de façon évidente les besoins en santé somatique.

Il a également été diagnostiqué, dans une moindre mesure, des problèmes respiratoires (5,2%), généraux (5,2%), oculaires (3,4%) et urinaires (3,4%) (figure 3).

Il est possible que certains parmi ceux présentant des troubles généraux caractérisés par un mal de tête associé à de la fièvre, avec ou sans toux, étaient des cas suspects de COVID-19. Certains MNA ont d'ailleurs informé leurs interlocuteurs par téléphone de la présence de cas confirmés de COVID-19 sur leur site d'hébergement (ceci a été rapporté dans le tableau de suivi¹¹). Une autre piste d'interprétation possible pour ces maux de tête est le fait de dormir dans de mauvaises conditions, selon le discours de certains médecins :

« Souvent ils me disent : "j'ai mal à la tête le soir quand je me couche, j'ai mal à la tête la nuit quand je me réveille, j'ai mal au dos le matin", parce qu'ils ont dormi dans de mauvaises conditions. »
(P38, médecin)

Selon cette interprétation, les maux de tête pourraient donc être la conséquence d'un logement inadéquat, ou du fait de dormir dans la rue. Les médecins gardent donc en effet toujours à l'esprit le lien entre la santé somatique et les conditions de vie.

3.2 BESOINS EN SANTÉ PSYCHIQUE DES MNA PENDANT LE CONFINEMENT DU PRINTEMPS 2020

La figure 4 présente la prévalence des troubles psychiques et psychologiques détaillés selon la CISP durant cette période. Les problèmes psychologiques diagnostiqués ont concerné 87,9% des MNA suivis. Les diagnostics les plus fréquemment posés chez les MNA en consultation psychologique sont l'anxiété, le stress et les troubles psychosomatiques (regroupés en une seule catégorie) (50%). Ces résultats sont corroborés par le discours des

¹¹ Source : TSPHON_PMNA.

personnes interviewées. En particulier, une partie de celles-ci expliquent l'angoisse de certains jeunes liée aux multiples incertitudes générées par le confinement (inquiétude quant à l'isolement, la situation juridique, etc.) :

« Alors déjà, les, les jeunes étaient très angoissés par le confinement. Euh, il a fallu... répéter, répéter très souvent ce qui se passait, répéter très souvent euh... comment ça se passait en France. »
(P32, assistante sociale)

« – R: Alors, au début du confinement de façon assez claire [...] euh, c'est quand même un réveil, j'ai presque envie de dire du stress post-traumatique, tu vois, les, les anciens traumatismes reviennent beaucoup plus et de façon plus importante.

– I: Pourquoi tu penses que c'est le cas ?

– R: Parce que c'est un nouveau traumatisme. D'un seul coup, ils ont vu tous, tous les quelques repères qu'ils avaient déjà, qu'ils ont pu avoir ici, d'un seul coup tout est reparti, si, si tu veux, tu vois, ils se sont retrouvés

pour certains à la rue, dans des situations, euh, dramatiques. Ils avaient pas le droit théoriquement de bouger. Ils voyaient que les rues étaient désertes. Enfin, il y avait quelque chose de peut-être, d'un sentiment d'étrangeté. Ça m'a pas été dit comme ça, mais on pourrait le penser. Et donc il y a une réactualisation du psycho-trauma, ça c'est, c'était quelque chose qui m'est apparu assez évident... au début. »
(P37, psychiatre)

Une partie non négligeable de MNA suivis ont reçu des diagnostics de syndrome dépressif (29%), des plaintes du comportement (26%) et de stress post-traumatique (10%). De l'avis d'une psychologue, le phénomène de confinement aurait pu réactiver des troubles psychiques appartenant au passé, tels que le sentiment d'abandon :

« Voilà, y a le côté euh... post-traumatique qui... qui peut être réactivé, tu vois, euh... ceux qui ont déjà un syndrome post-traumatique [...] qu'il ait été [...] engendré euh... avant le départ ou pendant le trajet, arrivé en France et... pareil pour le

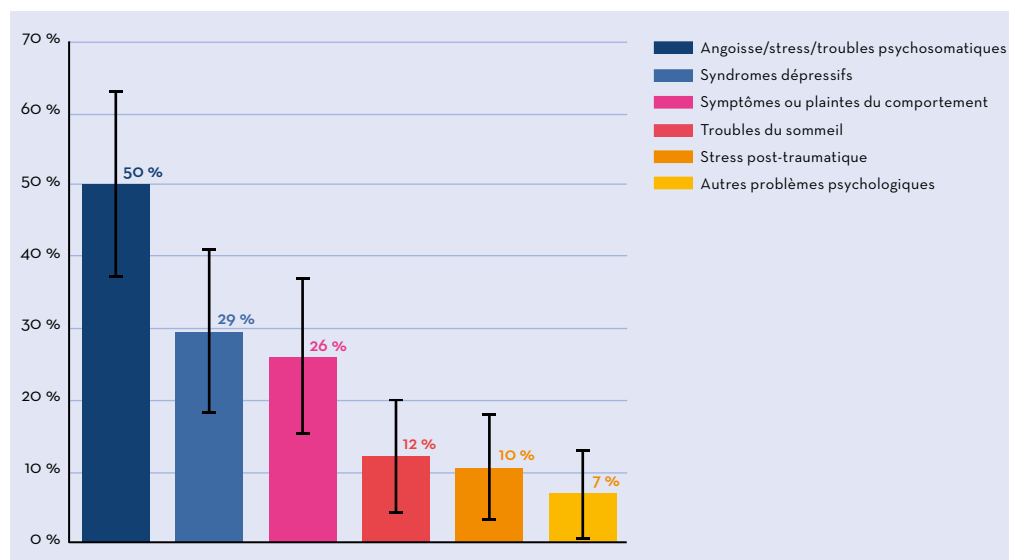


FIGURE 4 Prévalence des troubles psychiques et psychologiques détaillés selon la CISP, sur la période allant du 16 mars au 10 mai 2020 (source : Dossier patient informatisé de MdM).

confinement d'ailleurs : je pense que ça réactive des angoisses d'abandon aussi, de... d'isolement. [...] Tu vois, et... et je pense que les appels trois fois par semaine, c'est pas du luxe pour un certain nombre d'entre eux. »
(P24, psychologue)

Les MNA en effet connaissent une prévalence importante de troubles psychiques de divers ordres, du fait de parcours migratoires traumatiques et/ou d'un départ forcé. Le confinement pourrait aussi faire écho à des situations d'enfermement forcé vécues pendant leur parcours migratoire (en particulier pour ceux qui ont été détenus et/ou soumis au travail forcé en Libye). Plusieurs MNA déclaraient être inquiets du fait qu'ils devraient retourner à la rue après la levée du confinement¹², la grande majorité n'ayant aucune visibilité sur les décisions de justice apportées à leur recours :

« Alors après, il y a deux choses qui sont, qui sont apparues, c'est d'une part la peur de retourner à la rue, en se disant ça, ça, ça va un petit peu mais qu'est-ce qui, qu'est-ce qui va me tomber dessus euh, après, et puis c'était ce, ce sentiment d'attente, sans rien. C'est ce que je, que je remarque beaucoup pour, pour des jeunes c'est cette espèce d'attente anxieuse, tu vois. »
(P37, psychiatre)

À cette attente anxieuse, s'ajoutaient des difficultés à dormir. Les troubles du sommeil ont été diagnostiqués chez 12% des MNA suivis. Ce symptôme serait en fait la traduction de problèmes de santé psychique généraux :

« Alors, le symptôme qu'ils décrivent le plus c'est le fait de ne pouvoir pas dormir. C'est-à-dire, je crois qu'ils sont hantés par euh, tout un tas de questions euh actuelles et anciennes et ça, ça les empêche de dormir ce qui est logique »
(P29, psychologue)

Les troubles du sommeil présentés (cauchemars ou insomnie) étaient plus fréquents à la fin du confinement. Ceci pourrait indiquer, encore une fois, que les jeunes prenaient conscience que la sortie du confinement ne résoudrait pas leurs difficultés de façon immédiate, et susciterait même probablement de nouveaux défis (changement d'hébergeur, retour à la rue etc.).

La différence marquante avec l'avant-confinement, de l'avis de plusieurs répondants, est que les jeunes exprimaient davantage le besoin de parler à un psychologue/psychiatre, augmentant ainsi la sollicitation de cette profession au sein du programme :

« On a sollicité de plus en plus de psys, aussi. Euh, les psys sont saturés en termes de phoning. Euh, parce que, parce que, ben oui, les jeunes avaient besoin d'échanger avec un psy. Euh... je sais pas s'ils ont tous fait du suivi psy ou si c'était parfois du renforcement psychosocial, comme ça a été dit aussi. Mais, en attendant euh... les jeunes ont été demandeurs. Et les jeunes ont su exprimer aussi "oui, j'ai besoin de parler à un psy", "oui, j'ai envie de parler à un psy". Ce qui n'est pas une évidence. »
(P32, assistante sociale)

3.3 BESOINS SOCIAUX PENDANT LE CONFINEMENT DU PRINTEMPS 2020

La figure 2 dresse un portrait de l'évolution du nombre de consultations sociales (avant confinement) et de renforcement psycho-social (pendant le confinement) au cours desquelles les besoins sociaux des MNA suivis par le programme MdM étaient susceptibles de s'exprimer et trouver des réponses. Chaque semaine, les appels de renforcement psycho-social permettaient de répondre non seulement au besoin de maintenir du lien social (c'est-à-dire, besoin d'interactions avec d'autres personnes pour faire face au sentiment d'isolement), mais également de connaître les besoins sociaux des MNA, et de leur apporter a

¹² Source: TSPHON_PMNA.

minima une écoute, parfois aussi des réponses – notamment quand la situation le réclamait de façon urgente – ou des orientations (par exemple vers des services alimentaires, des douches, etc.). Les paragraphes suivants basés sur le tableau de suivi téléphonique et les données des entretiens apportent des détails sur les catégories de besoins sociaux concernés : lien social, logement/lieux de vie, sécurité alimentaire, hygiène, et besoins de scolarisation.

Tout d'abord, le contexte de confinement réduisait aussi de façon importante les possibilités d'interactions sociales pour les MNA, et cela était particulièrement difficile pour ceux qui étaient isolés. Les MNA suivis par les bénévoles et salariés du programme, comme tout jeune, démontraient en effet des besoins d'entretenir des interactions sociales, en personne ou à distance. Les appels leur permettaient en effet de créer du « lien social ».

En ce qui concerne les lieux de vie des MNA suivis, la figure 5 montre l'évolution des types d'hébergement de ces jeunes durant la période

de confinement. On observe une proportion très élevée (17 %) de mineurs à la rue durant la première semaine du confinement. La vie à la rue était perçue par les bénévoles comme particulièrement problématique, et vectrice d'une dégradation de la santé somatique et psychique :

« Et puis euh... Bien sûr que dormir à la rue euh... dans des conditions euh... voilà, [...] par exemple un jeune, [...] me disait : mais moi je dors pas entre deux heures et entre cinq... je m'endors qu'à cinq heures du matin parce que... parce que j'arrive pas à dormir, parce que ça tourne dans ma tête, parce que euh... en fait euh... je sais pas où demain je vais pouvoir dormir, parce que euh... je sais pas si mon dossier va avancer euh..., parce que tout est bloqué euh... machin parce que j'ai pas mes papiers d'ident... Parce que tu vois : ses conditions d'accueil, euh... administrativement parlant, [...] et d'hébergement et tout, ont des répercussions sur leur euh... sur leur euh... santé psychique aussi, et santé somatique aussi, parce que là pour le coup, un jeune qui dort pas, il arrive

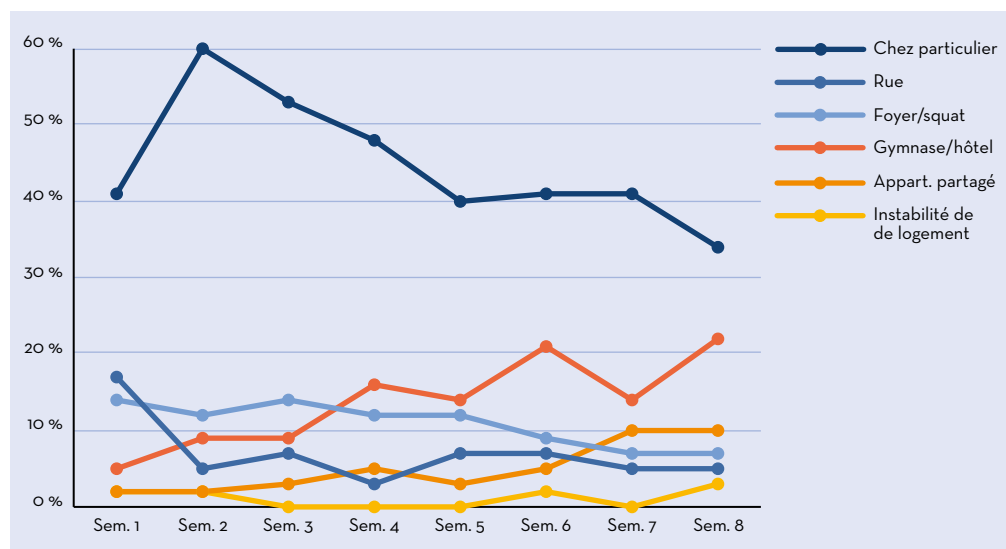


FIGURE 5 Courbe d'évolution des lieux de vie des MNA suivis par le programme de MdM durant la période de confinement du printemps 2020 en France (source : TSPHON_PMNA).

très vite en état d'épuisement quand même hein, psychique, et physique donc euh... et du coup plus vulnérable à toutes sortes de maladies aussi j'imagine.»
(P24, psychologue)

On constate en revanche une augmentation de la proportion de MNA ayant accès à un logement chez un particulier appartenant à un réseau solidaire dès la deuxième semaine, ou encore mis à l'abri dans un hôtel ou gymnase, ou encore en appartement partagé (figure 5). Cependant, une baisse progressive est observée à partir de la troisième semaine parmi ceux qui étaient logés chez des particuliers via des réseaux solidaires. Ceci impliquait de nouveaux changements de lieux de vie, certains MNA se trouvant obligés de quitter ces logements pour se réfugier dans des hôtels ou des gymnases, par exemple. Certains MNA ayant changé plusieurs fois de lieu de vie pendant la même semaine ont été classés en instabilité de logement, proportion stable dans le temps.

Les données qualitatives tendent à corroborer cette idée : plusieurs répondants évoquent une certaine pression exercée par des hébergeurs sur des MNA qui occupaient leur logement pendant le confinement – sur une durée plus longue que d'habitude :

«Le monsieur qui l'héberge lui a dit qu'il ne pourrait le garder chez lui après le confinement. Inquiétudes ++ face retour à la rue.»
(extrait de TSPHON_PMNA)

Ce type de pression pouvait en effet susciter un risque d'anxiété pour les MNA concernés (voir figure 4).

Le logement dans des foyers de travailleurs migrants apparaît relativement constant dans la figure 5, ce qui n'est pas sans susciter des inquiétudes chez les bénévoles et salariés, car les conditions dans ce type de logement y sont très précaires :

«Il y en avait un par exemple qui était logé dans un foyer de migrants, et qui se

plaignait beaucoup de de mal manger, de ne pouvoir pas dormir etc.» (P29, psychiatre)

«Les mineurs, en plus, sont tolérés dans ce genre de foyers, ils ont pas de place dédiée.»
(P32, assistante sociale)

De plus, les habitants de ces foyers étaient susceptibles de transmettre aux MNA leurs propres angoisses face aux risques d'infection à la COVID-19, et/ou aux contrôles de police visant à faire respecter le confinement :

«Et puis alors quand ils étaient en foyer quelques fois euh, dans certains foyers des adultes, les adultes leur disaient : "ne sors pas, ne sors pas, c'est dangereux", euh... Il y avait aussi la crainte des adultes avec qui ils logeaient.»
(P29, psychologue)

Concernant les besoins alimentaires, une partie des jeunes logés dans de mauvaises conditions (foyers de travailleurs migrants ou squats), et ceux qui dormaient dans la rue, n'avaient pas nécessairement accès à de la nourriture de façon constante, même s'ils se débrouillaient pour s'alimenter d'une façon ou d'une autre :

«Celui qui était en squat y trouvait à manger parce que en journée, y traînait avec des amis, tu vois, ses amis du réseau, euh... en gros euh... le midi, y trouvait à manger quoi. Y faisait un repas par jour à peu près, ou deux, ça dépendait.»
(P24, psychologue)

Certains MNA, parmi les plus isolés, se faisaient apporter à manger – c'était notamment le cas du jeune isolé sur une péniche. Certains MNA, logés dans des appartements à plusieurs, cuisinaient avec d'autres jeunes avec lesquels ils étaient logés.

Il reste que certains MNA étaient largement contraints par la nécessité d'avoir une attestation sur soi pour pouvoir sortir, y compris pour s'alimenter :

«Là, ça commence à devenir compliqué parce qu'ils sont de plus en plus contrôlés pour avoir

une attestation de déplacement ou quoi que ce soit alors que bah, ils ont rien et que du coup [...], ils ont peur de la police, ils préfèrent ne pas aller manger euh, euh, donc voilà.»
(P31, juriste)

En effet, la peur des contrôles de police pouvait avoir un effet bloquant pour de nombreux jeunes, et restreindre ainsi leur accès à l'alimentation, aux structures de soins, mais aussi aux services d'hygiène comme les douches publiques. Même les MNA placés à l'hôtel, du fait de conditions de salubrité souvent sous-optimales, et la présence de puces de lit, pouvaient développer des problèmes dermatologiques. L'un d'entre eux avait aussi des difficultés à se laver car il ne disposait pas de savon.

Enfin, les besoins de scolarisation se sont à plusieurs reprises manifestés dans les échanges avec les bénévoles assurant le suivi des MNA par téléphone. Dans le tableau de suivi, l'un des éléments frappants rapportés par les bénévoles dans leurs échanges avec les MNA portait sur la scolarité de ceux-ci. Notamment en réponse à la question « Comment ça va ? », les bénévoles rapportent que les MNA mentionnaient suivre des cours en ligne, par exemple, ou mentionnaient avoir reçu des devoirs du lycée et/ou d'avoir échangé avec des professeurs. Ceci tend à indiquer que l'accès à des cours en ligne, ou l'envoi de devoirs à compléter à distance, aient réduit le sentiment de solitude, en tout cas pour les 15 jeunes ayant effectivement eu accès à une forme ou une autre de cours à distance. En plus de réduire la solitude, cet accès à l'éducation offrait potentiellement des perspectives d'avenir, au-delà du confinement, auxquelles s'accrochaient les MNA :

« Le premier lundi des vacances [de Pâques], [...] il m'a dit : Ah mais mes profs y m'ont donné des devoirs pendant les vacances, j'ai des trucs à travailler... [...] Et lui, clairement M, ce qui le fait tenir c'est euh... il a la chance d'être scolarisé en lycée professionnel et avoir un projet pour septembre, euh... donc euh... c'est... et il va passer le CASENAV à la fin du confinement, donc il travaille pour ça aussi euh... et ça,*

tu sentais que ça le tenait, et que si y avait plus ça, euh... voilà, ça aurait été compliqué quoi. Lui, ça l'a fait tenir... lui y se plaint pas d'isolement, y se plaint pas du... tu vois ; il a ses cours, y se bosse ses cours, il a le wifi euh... ça va quoi.»

(P25, psychologue)

Finalement, il semble que c'est l'accès à un ensemble de ressources répondant à ces besoins sociaux – un entourage, un environnement d'hébergement sain et l'accès à l'école – qui fasse la différence pour faire face au confinement :

« Euh... je pense que sur les sept [jeunes suivis], je pense qu'y en avait un seul qui sortait, qui est sorti assez tôt, et celui qui sortait, c'était S, et S*, euh... c'est peut-être le plus lettré de tous les... tous les jeunes, ça m'étonne pas d'ailleurs qu'y ait un lien ; il est probablement le plus lettré ; il a accès à l'école, il est soutenu par un collectif de citoyens, euh... donc il est dans des familles qui [...] ne font pas que l'héberger, qui parlent avec lui ; ils l'écoutent, ils l'introduisent à la culture française. Je ne sais pas si y a un lien... [...] En tout cas, je ne suis pas si étonné que le seul qui ait accès rapidement... qui ait pu sortir soit celui qui soit d'une part le plus éduqué, d'autre-part le plus... le plus entouré.»*

(P26, autre profession)

4. PRISE EN CHARGE DES BESOINS PENDANT LE CONFINEMENT

4.1 PRISE EN CHARGE DES BESOINS EN SANTÉ SOMATIQUE

Les acteurs de la veille sanitaire de MdM sont intervenus à 11 reprises pendant cette période pour fournir des médicaments ou autre produit d'usage clinique (pansement...) aux MNA en ayant exprimé le besoin de soins¹³. Les mesures prises pour contenir l'épidémie de COVID-19 ont en effet impliqué la fermeture et/ou la restriction de l'accès aux PASS, avec des horaires modifiés, par exemple :

« C'est-à-dire qu'il y a des PASS, comme la PASS euh... bon alors déjà j'appelais pour savoir si leurs horaires d'ouverture s'étaient modifiés pendant... parce que ça déjà c'était problématique pendant le confinement, voir s'ils accueillait les jeunes comme d'habitude ou pas, parce qu'il y a eu aussi des changements, sur les horaires, sur les lieux, sur euh, est-ce que ... maintenant ou pas, aussi y'a eu ça, euh, sur les médecins disponibles, euh... donc euh... »
(P34, médecin)

Ceci avait pour effet une réduction considérable de l'accès aux soins de cette population vulnérable. Des difficultés d'accès aux soins ont été en effet souvent signalées par les bénévoles, à l'instar de cette remarque d'un médecin :

« Ah, le confinement, il nous a cassé les pieds beaucoup euh... sur tous les plans, mais il y avait pas mal de jeunes que nous on voyait en parcours de soins, qui avaient des rendez-vous programmés. Tout a été euh... supprimé, donc maintenant, faut qu'on essaie de reprogrammer ces rendez-vous, etc... [...] Faut tout remettre en place... tout a été changé, donc euh... il faut reprogrammer tout ça, euh... »
(P35, médecin)

Même pour les services restés ouverts, comme les PASS, la décision de les y orienter n'allait pas de soi, compte tenu de la situation des jeunes et

de leur manque d'accès aux ressources financières et matérielles pour pouvoir accéder à ces services :

« Et puis pour décider si en plein confinement, tu vas les faire se déplacer, pour aller sur une PASS en sachant qu'ils n'ont pas de masque, qu'ils n'ont pas de ticket de métro que, que ils sont complètement paumés... »
(P38, médecin)

Plusieurs jeunes inscrits dans un parcours de soins MdM se sont d'ailleurs retrouvés face à une rupture de médicaments, ne sachant pas où ni comment s'en procurer. L'un de ces mineurs s'est vu refuser la délivrance des médicaments en pharmacie parce que sa couverture maladie n'était plus valide et un autre a bénéficié d'un certain nombre de médicaments fournis par MdM car ceux prescrits n'étaient pas pris en charge par l'aide médicale d'État (AME). Quelques situations d'urgences ont été recensées à l'exemple de l'intervention de la Veille Sanitaire chez un MNA en pleine crise d'asthme, qui n'avait plus de Ventoline®. Le programme de Veille Sanitaire de MdM est ainsi intervenu à plusieurs reprises, mais cela supposait une coordination entre le médecin chargé de l'astreinte médicale du programme MNA, les responsables de la veille sanitaire, une salariée du programme, et le MNA lui-même, susceptible de créer des délais dans l'accès aux médicaments.

4.2 PRIS EN CHARGE DES BESOINS EN SANTÉ PSYCHIQUE

Les membres de l'équipe de psychologues/psychiatres ont quant à eux assuré un total de 323 consultations téléphoniques en réponse aux besoins en santé psychique des MNA suivis par le programme de MdM ou de l'extérieur. Plusieurs bénévoles ont souligné la manière dont le suivi téléphonique permettait d'apporter une forme de soutien visant à briser, du moins en partie, l'isolement de certains jeunes :

¹³ Source : TSPHON_PMNA.

«Au centre dans ce qu'à impliqué cette épidémie, c'est euh... l'absence de relation directe humaine avec les jeunes. [...] il faut savoir que les... les jeunes sont dans une situation euh... d'isolement pour certains, euh... de perte de repère pour d'autres; euh... et pour certains les deux, euh... donc euh... c'est compliqué [...] Donc au départ, il s'agissait appeler quelqu'un trois fois par semaine, dans une situation où ils sont un peu perdus» (P26, catégorie autres)

«D'autres s'accrochaient à ces appels car ils étaient [...] presque le seul lien qu'ils avaient avec les institutions et les associations. Ces appels constituaient d'une part un lien concret, les jeunes espérant avec notre aide voir aboutir leurs recours juridiques, première préoccupation pour chacun d'entre eux; lien psychologique d'autre part car c'est ce lien qui leur permettait de ne pas se sentir abandonnés.» (P29, psychologue)

Certains médecins sont également de cet avis : «Il me semble que c'est extrêmement important, et c'est pour ça que si vous... si vous développez euh... toute cette thèse, parce que y sont tous modestes les gens qui travaillent là-dedans, et y faut quand même mettre en avant le fait que les permanences téléphoniques, elles sont extrêmement euh... importantes et... et extrêmement... enfin, je dirais c'est une thérapie en soi. [...] C'est pour ça que j'ai insisté sur le fait que la communication téléphonique était une thérapie en soi, parce que ça leur fait du bien d'avoir euh... quelqu'un à qui ils peuvent parler au téléphone.» (P28, médecin)

Le suivi régulier par téléphone avait donc pour effet de non seulement répondre aux besoins de santé des MNA suivis, d'apporter des éléments favorisant une prise en charge par le Juge des Enfants, mais aussi de contribuer à briser l'isolement de ces MNA. Pour les psychiatres

et psychologues, les appels téléphoniques permettaient donc davantage de créer et maintenir un lien social avec les MNA, plutôt que d'approfondir la prise en charge d'une pathologie de santé mentale :

«Les entretiens téléphoniques, c'est plus de maintenir un lien, c'est plus de maintenir quelque chose que d'avancer dans une problématique de, en particulier de stress post-traumatique, hein, tu vois, on peut pas, on peut pas aller au fond des choses.» (P37, psychiatre)

Certains bénévoles étaient particulièrement investis dans cette mission de briser l'isolement, sur la base notamment de leur appréciation de comment allaient les MNA avec lesquels ils étaient en contact régulier :

«Alors lui, la première fois que je l'ai appelé, y me dit: tu sais, c'est mon anniversaire aujourd'hui; oh ben j'ai dit: super, bon anniversaire euh... A*. Il me dit: oui mais j'ai dix-huit ans; ah, merde... [...] Bon, mais du coup, c'est vrai que je l'ai appelé pratiquement tous les jours pendant une dizaine de jours, y compris le samedi et le dimanche, parce que je trouvais qu'il était vraiment pas bien. Il s'était pété une cheville il y a quelque temps... [...] Il sort pas du tout, donc je comprends aussi qu'il tourne un peu en rond sur une péniche, c'est sympa d'être confiné sur une péniche, mais quand on est tout seul, et qu'on n'arrive pas à joindre... lui il arrive pas à joindre sa mère parce que sa... sa mère n'a pas What'sApp et il a plus de crédit dans son téléphone.» (P25, psychologue)

De fait, pour les professionnels de la santé mentale, la situation de précarité des MNA serait susceptible de créer des barrières au succès d'une prise en charge de leurs besoins en santé psychique :

«C'est-à-dire que souvent ils sont dans de telles situations précaires socialement que c'est très difficile à relancer l'appareil psychique sur le plan de l'imaginaire, on a très... souvent, on est fixé sur le factuel, on parle beaucoup de de pratico-pratique, du

quotidien, de la survie, euh... de la précarité, euh... où manger, où dormir, comment fuir la police, est-ce qu'il faut fuir la police ou pas, comment faire les démarches administratives.» (P33, psychologue)

La tendance des MNA non protégés à se concentrer sur ces différents besoins primaires rendrait en effet difficile une prise en charge psychologique (passant notamment par la relance de l'appareil psychique). Il convient donc d'apporter une réponse interdisciplinaire, qui répondrait avant tout aux besoins sociaux de ces MNA, selon cette psychologue.

4.3 RENFORCEMENT PSYCHO-SOCIAL

D'après les chiffres du programme MNA de Médecins du Monde, le nombre de consultations par téléphone de renforcement psycho-social pendant le confinement du printemps 2020 s'élève à 441. Ces consultations téléphoniques ont été réalisées par les 12 bénévoles et salariés susmentionnés. Ce suivi régulier par téléphone (appels trois fois par semaines) était organisé par les salariés du programme MNA. Pendant toute la période du confinement (huit semaines), chaque bénévole s'est vu assigné quatre à dix MNA de la file active.

Tout d'abord, de l'avis des bénévoles interrogés, les appels représentaient des occasions de transmettre des informations clés aux jeunes sur la pandémie de COVID-19 et les mesures de prévention prises par le gouvernement. En effet, ceux-ci disposaient souvent de peu d'informations sur l'évolution de la situation *«...du fait du manque d'internet sur leur portable et/ou de télévision dans leur lieu de confinement. Je me suis aperçue qu'ils étaient très contents d'avoir ces informations» (P29, psychologue)*. Également, en réponse aux besoins de se nourrir, se laver, et s'habiller, les bénévoles partageaient des informations actualisées par deux bénévoles et fournies par les salariés, sur la réouverture de certains services (douches publiques, vestiaires...).

Les bénévoles qui assuraient le suivi régulier par téléphone des MNA pouvaient également servir de relais pour un accompagnement plus spécialisé, par exemple sur des questions d'ordre juridique, concernant leur demande de recours, etc. En effet, la suspension d'un certain nombre d'activités régulières des services publics avait d'importantes répercussions sur le parcours juridique des MNA non protégés, qui ont vu leur recours devant le Juge des Enfants gelé :

« Là où tu vois comment ils vont, c'est quand ils expriment des demandes par rapport à... à leurs dossiers qui n'avancent pas, leur inquiétude par rapport au... au tribunal parce que tout est bloqué, euh... par rapport à leurs papiers qu'ils ont fait faire au consulat, et que ça n'avance pas non plus à cause du confinement » (P24, psychologue).

Une fois que les inquiétudes d'un jeune leur étaient rapportées par les bénévoles, les salariés assuraient alors ce suivi d'ordre juridique, apportant des explications aux MNA concernés sur le déroulement du recours et les perspectives après le confinement. Pendant le confinement, les plus vulnérables (MNA non protégés à la rue, ou vivant dans des conditions manifestement inadéquates voire dangereuses) nécessitaient de prendre des actions urgentes pour les mettre à l'abri, ce qui supposait davantage de compétences juridiques :

« Euh là pour le coup, euh... c'était essentiel d'avoir cette base juridique, parce que justement, comme il ne s'est pas passé grand-chose pendant le confinement, on a fait beaucoup de signalements auprès des, auprès des élus de la mairie de Paris, mais aussi euh, aussi, dans les recours auprès du juge des enfants. Euh, on a eu beaucoup d'interactions avec les avocats dans le cadre des référés libertés aussi. Euh, justement, et ça il me fallait une base pour comprendre et puis continuer à monter en fait, parce que, parce que c'est pas du tout mon travail au départ. »

(P32, assistante sociale)

Il fallait en effet apporter des réponses rapides aux besoins des MNA les plus vulnérables et dont la situation juridique était bloquée, au premier rang desquelles, les signalements auprès des autorités publiques. Ceci tend à renforcer l'idée d'une diversification des rôles des salariés face à ce contexte de crise sanitaire, ce qui était aussi le cas des bénévoles du programme. Ainsi, de l'avis de nombreux bénévoles, ces appels, par leur caractère récurrent, avaient avant tout pour objectif de répondre aux besoins de socialisation des jeunes suivis :

« Euh, moi je..., en résumé par rapport à l'ensemble de ces jeunes dont certains étaient dans des difficultés psychiques euh..., voire même de douloureuses, je trouve que c'est une expérience positive. Parce que certains, enfin beaucoup même, enfin pratiquement tous euh, étaient content d'être appelés, remerciaient, euh... même si on a l'impression que ce qu'on ne faisait pas grand-chose, tu vois ce que je veux dire, il faut être modeste, l'appel, euh... ce n'est pas euh... tu vois ce que je veux dire: d'appeler, quand tu es dans une situation précaire, d'appeler quelqu'un trois fois par semaine, faut... (rire), mais [...] certains ont dit que c'était important euh, que quelqu'un, enfin sous une autre forme, ça ce sont mes mots quoi, mais qu'on pense à eux quoi, qu'il y ait quelqu'un qui pense à eux, ça c'est mes mots, hein! »
(P27, psychiatre)

Le lien de confiance était tel, qu'une relation d'intimité était parfois susceptible de se matérialiser :

« Voilà... non mais c'est vrai que chaque histoire est... alors A, je discute longuement avec lui; mais on a des discussions tout à fait intéressantes... [...] Donc avec A* maintenant, c'est « Coucou, salut! », enfin je veux dire, on est... on est comme ça, un peu intime, à se téléphoner euh... au moins trois fois par semaine... »*
(P25, psychologue)

Les bénévoles étaient conscients du rôle de lien et d'accompagnement social qu'ils jouaient auprès de MNA suivis par MdM, en les comparant à d'autres MNA qui seraient totalement isolés :

« Je n'ose pas imaginer des jeunes MNA vraiment dans la rue, qui n'ont pas de suivi, qui n'ont pas d'associations qui les accompagnent. Je pense que, eux, ils sont vraiment démunis. Il y en a qui sont peut-être avec des majeurs, voilà, euh, avec d'autres sans papiers, à se débrouiller comme ça dans la nature. »
(P33, psychologue)

En palliant les insuffisances de l'État, le programme MNA, avec les autres associations et collectifs, participait donc à réduire l'isolement d'une partie d'entre eux. La spécificité toutefois de l'accompagnement de MdM, est l'articulation de la prise en charge de différents besoins – sociaux et en santé. Cette spécificité semble avoir été encore davantage mise en évidence pendant la période de confinement :

« Il s'était pété une cheville il y a quelque temps... j'ai fait en sorte que y ait un médecin qui l'appelle pour parler parce qu'il a mal à la ... truc. Quinze jours plus tard, ça recommençait, il avait toujours mal, alors j'ai redemandé à un médecin, c'est-à-dire que j'ai l'impression que on peut jouer aussi avec le fait qu'on s'y met à plusieurs pour le... pour l'aider, et puis un beau jour A m'a dit : ah, c'est extraordinaire, je me rends compte que vous êtes pleins à m'aider, c'est vraiment très très bien, je me suis dit : ah, il va mieux... »*
(P25, psychologue)

C'est donc le collectif, le « fait de s'y mettre à plusieurs » – médecins, psychologues ou psychiatres, travailleurs sociaux – qui permettrait ainsi de faire la différence dans la réponse à ces besoins multiples et interdépendants :

« Voilà, je pense que la richesse de, de la mission [MNA de Médecins du Monde] c'est aussi d'avoir euh, d'avoir pu euh, créer ce collectif pour eux. »
(P38, médecin)

5. PERCEPTIONS DU MODE À DISTANCE ET LEÇONS APPRISSES POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES MNA NON PROTÉGÉS

L'ensemble des bénévoles qui réalisaient les consultations de renforcement psycho-social par téléphone soulignait l'apport de cette forme de prise en charge pour contribuer à maintenir un lien social et/ou briser l'isolement des MNA non protégés qu'ils suivaient pendant le confinement, « même si on a l'impression que ce qu'on ne faisait pas grand-chose » (P27, psychiatre). La forme de réponse à ces besoins des MNA semble donc faire consensus. De plus, les bénévoles plébiscitent l'articulation interdisciplinaire de la réponse aux besoins, avec un système de référence des besoins (en santé somatique, santé psychique, et des besoins sociaux) et de mise en relation entre bénévoles et salariés pouvant répondre à cette diversité de besoins, qui semble bien fonctionner. Les bénévoles rapportent cependant plusieurs difficultés, d'ordre pratique mais aussi d'ordre ontologique (qu'est-ce que cela signifie être bénévole à Médecins du Monde en temps de confinement ?) à ce type de prise en charge à distance.

5.1 DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION

Premièrement, les bénévoles qui appelaient régulièrement les MNA, rencontraient souvent des difficultés à les contacter par téléphone. Il fallait alors appeler plusieurs fois, ce qui pouvait être considéré comme chronophage :

« La plupart du temps ça allait, et après bah il y en avait qui répondaient pas forcément. Et comme euh... ils entendent pas forcément leurs messages vocaux sur leur... euh sur leur téléphone avec sur les abonnements qu'ils ont, eh ben c'était pas toujours facile de les recontacter. Et en fait c'est assez chronophage de se dire bon bah euh... Je prends un temps en fait sur la journée euh pour, pour appeler le jeune et en fait il répond pas et j'peux pas m'dire bah je vais l'appeler j'sais pas combien de fois parce que bah, y a d'autres activités à côté, y a le

travail aussi donc euh... Donc c'était plutôt de cet ordre-là, où parfois on s'est manqués, mais à la fois euh... comme il fallait appeler plusieurs fois par semaine, bah y avait quand même un moment où on arrivait à connecter. »

(P30, psychologue)

« Voilà et il y a un, à un moment j'étais t'inquiète; celui qui vivait dans la rue; je n'arrivais pas à le joindre, je n'arrivais pas à le joindre et et c'est inquiétant quoi. Tu vois, il y a... en présentiel tu n'aurais pas eu ça, tu vois! Mais bon, ça c'est moi; quelqu'un d'autre euh, réagit différemment, voilà. »

(P27, psychiatre)

Non seulement les bénévoles éprouvaient des difficultés à entrer en contact avec les MNA qu'ils suivaient régulièrement, mais en plus la qualité de la communication était parfois problématique. En effet, l'interaction avec des MNA non protégés peut être complexe dans un contexte thérapeutique, ou même hors contexte thérapeutique, du fait de difficultés liées à la langue ou aux barrières culturelles :

« Des difficultés plus relatives sont apparues avec des jeunes qui s'exprimaient en français de façon plus rudimentaire, mais suffisante.

Au fil des appels, la compréhension s'est améliorée. La qualité du lien a permis de compenser les difficultés de compréhension: je tente de décrypter ce que j'entends en fonction de mes connaissances des expressions culturelles. Par exemple:

– comment ça va ?

– ça va un peu.

c'est-à-dire que pour la santé ça va, mais sur le fond pas très bien. » (P29, psychologue)

Les médecins emploient une panoplie de vocabulaire pour décrypter les besoins de santé des MNA avec lesquels ils interagissent par téléphone :

« Depuis le confinement ? Ben, avec le... s'ils sont très francophones, ça va, on arrive quand même à détecter des choses, sinon ben c'est une question de... je suis pas linguiste mais c'est... c'est vraiment une question de vocabulaire, de... de... comment dirais-je, de... de richesse... de... de richesse des... des synonymes : alors est-ce que ça te brûle, est-ce que ça te pique ? [...] On fait... on a à la fois les symptômes, le ressenti, et puis euh... les faits organiques bruts, est-ce que tu as de la diarrhée, ou est-ce que tu es constipé ? »
(P28, médecin)

De fait, la prise en charge à distance poussait à identifier divers outils, d'ordre linguistique ou d'ordre technologique, pour pouvoir mieux répondre aux besoins des MNA suivis par le programme de MdM.

5.2 LIMITES PRATIQUES À LA CONSULTATION À DISTANCE

Certains bénévoles psychologues, mais aussi et surtout les bénévoles médecins (ceux-ci n'intervenaient que dans le cadre de consultations après orientation par d'autres bénévoles), démontraient une certaine insatisfaction au sujet du format par téléphone. Les consultations à distance semblent en effet rencontrer plusieurs limites, par rapport au modèle en cabinet – limites pour établir un diagnostic, et limites aussi dans la relation clinicien-patient, qui se trouve reconfigurée :

« Oh alors là, le fait de ne pas les voir, le fait de ne pas les voir parce que le corps..., les diagnostics sont très difficiles à faire déjà, parce qu'avec toutes ces, ces différences culturelles, après... euh, l'importance, l'importance de la douleur... Moi j'ai toujours peur de passer à côté de quelque chose. J'ai vraiment besoin d'un examen clinique, j'ai vraiment besoin d'un examen clinique. Oui voilà, je, je vois pas comment on peut travailler sans examen clinique... [...] C'est extrêmement difficile de faire qu'avec la parole, le ressenti, quand tu sais que déjà, quand tu es en face

d'eux, tu sens la différence culturelle, et tu as bien du mal à te faire expliquer ce qui arrive. Mais là, [...] c'est impossible. »
(P38, médecin)

Plusieurs d'entre eux ont même exprimé un certain découragement, qui pour une minorité semblait aller jusqu'au souhait de ne pas vouloir continuer dans cette configuration. Ceci serait lié également à la surcharge de travail occasionnée par ce nouveau format, et à la frustration liée aux multiples défis rencontrés pour apporter une réponse adéquate. La perception d'une surcharge de travail liées à ces adaptations par téléphone, est également partagée par une partie des bénévoles impliqués dans le suivi régulier par téléphone. En revanche, certains médecins ont aussi fait preuve d'ingéniosité, à partir des outils à disposition – et surtout des outils que les MNA pouvaient eux-mêmes mobiliser :

« [Les MNA] ils sont extrêmement doués avec tout ce qui est communication moderne hein, ça leur plait beaucoup et puis quelquefois ils s'appellent en What'sApp, ils appellent la Guinée, le Cameroun euh... ils appellent leur pays, en What'sApp avec vidéo. [...] Par exemple, s'ils ont des problèmes dermatologiques, ben je fais une photo de la plaie, ou je fais une... y font une photo de... de la croûte ou du bouton et puis euh... je peux faire un diagnostic par... par téléphone. Voilà. Et après je prends une décision médicale en fonction de ce que je vois. C'est... c'est pas inintéressant comme... donc on n'est pas complètement démunis. [...] Évidemment, mal au ventre, je peux pas lui palper le ventre, ça c'est clair. »
(P28, médecin)

Enfin, pour les bénévoles, le basculement à distance créait un sentiment de vide vis-à-vis du collectif – pouvoir échanger lors de séances de débriefing après les permanences, par exemple, leur manquait. Il est probable que la suspension d'échanges en groupe en présentiel, compte tenu des mesures de distanciation, ait aussi contribué au sentiment de charge de travail supplémentaire.

5.3 PARTAGE D'UNE RÉALITÉ COMMUNE : LE CONFINEMENT

Plusieurs conséquences positives inattendues ont été également soulevées par les bénévoles qui réalisaient le suivi régulier par téléphone, par exemple la création de liens autour du partage d'une réalité commune – celle du confinement :

« L'autre élément subjectif a été de partager avec eux les contraintes du confinement et d'être soumis aux mêmes entraves dans notre liberté de déplacements, dans notre isolement, à géométrie variable bien entendu. Finalement nous, français, avions quelque chose de commun avec eux, quelque chose qui leur ressemblait. »
(P29, psychologue)

En effet le confinement était un phénomène tout aussi nouveau pour les bénévoles et salariés. Cela pouvait éventuellement rapprocher les expériences vécues par les uns et les autres, et créer ainsi un sentiment de partage d'une situation nouvelle. L'incertitude vis-à-vis de l'avenir du programme MNA post-confinement/post-crise sanitaire est ressentie par l'ensemble des personnes impliquées dans cette prise en charge à distance, de l'avis d'une participante :

« D'autant qu'on est nous-mêmes perturbés par tout, tout ce qui se passe. Le contexte actuel nous perturbe aussi tous. Là tu vois actuellement, on ne sait pas si en septembre on sera en mesure de, de réouvrir, de proposer des activités. Bien sûr que c'est perturbant pour l'équipe, les bénévoles, mais pour nous aussi. Euh, on n'a aucune certitude. Donc les, les jeunes sont angoissés par leurs incertitudes. Mais on l'est aussi. Donc euh, il y a, il y a quelque chose en plus qui s'emboîte là-dedans. »
(P32, assistante sociale)

Pour essayer de faire sens de ces incertitudes, les bénévoles et salariés ont pu à plusieurs reprises se rencontrer par visioconférence (à défaut de pouvoir le faire en présentiel) pour discuter et échanger sur les défis rencontrés et sur les effets

perçus, ou vécus, de ce passage à une prise en charge à distance. Ces espaces de discussion contribuaient, de l'avis de tous, à façonner une réflexion collective sur le rôle des bénévoles, des salariés, et la place de Médecins du Monde comme institution.

Un autre aspect positif de ces échanges plus fréquents entre l'équipe de bénévoles et l'équipe de salariés est la mise en évidence de la complémentarité du volet plaidoyer avec les réponses opérationnelles aux besoins des MNA non protégés. En particulier, les participants font ressortir la complémentarité du renforcement psycho-social par téléphone (réalisé par les bénévoles), avec les démarches entreprises auprès des autorités administratives et judiciaires, qui sont du ressort du plaidoyer (réalisé par les salariés). Cette expérience semble ainsi avoir permis aux bénévoles de mieux percevoir la cohérence entre les différentes actions du programme MNA de Médecins du Monde.

5.4 UN SUIVI AUX FRONTIÈRES DE LA SPHÈRE PERSONNELLE : SENTIMENT D'INTRUSION, D'IMPUISSANCE ET CULPABILITÉ

Des conséquences potentiellement négatives ont aussi été relevées par les bénévoles qui réalisaient les consultations par téléphone. En cherchant à donner du sens aux parcours des MNA qu'ils suivaient, afin notamment de pouvoir mieux répondre à leurs besoins, certains pouvaient avoir l'impression d'être intrusifs :

« Là c'est un peu la sensation que j'avais. Euh... d'être un peu dans le voyeurisme aussi parfois, tu vois, parce que, vraiment, je suis allée tout rechercher, au maximum, parce qu'on avait besoin d'avoir le, le, l'ensemble de, de la vie du jeune, pour pouvoir redonner de la cohérence aussi à son parcours, euh, que ce soit au pays, sur le trajet, en France. Et... et justement, on est les premiers à dire que c'est normal, en fait, qu'il y ait des incohérences. Et donc euh, et

donc du coup, il faut, il faut aller chercher tout ça.»

(P32, assistante sociale)

Oscillant entre crainte d'être trop intrusif, et sentiment de culpabilité, plusieurs bénévoles devaient ainsi composer avec leurs propres émotions. Des bénévoles ont ainsi parfois exprimé une certaine impression de « forcer » les MNA qu'ils suivaient régulièrement, car ils ne savaient pas si les MNA souhaitaient véritablement être contactés, ou s'ils s'autorisaient à ne pas répondre en ne décrochant pas leur téléphone au moment des appels. Dans tous les cas, il fallait réussir à prendre le recul nécessaire, et accepter de ne pas les joindre : *« quelque fois il fallait leur dire que ce n'est pas grave s'ils ne répondaient pas. Je pense qu'il y en a qui se sentaient obligés de répondre, qui se sentaient redevables. »* (P29, psychologue). Mais cela était parfois difficile, le fait de ne pas réussir à les joindre pouvait susciter un sentiment de culpabilité :

« Cette espèce d'anxiété, surtout pour ceux qui étaient dans..., pas logés quoi. Quelqu'un qui est dans la rue, qui ne répond pas, euh... Tu vois, tu as une sollicitude plus grande quoi, euh, tu te sens peut-être plus responsable, il y a une culpabilité qui surgit. »
(P27, psychiatre)

Face aux récits des MNA, certains ressentait aussi un certain sentiment d'impuissance :

« Par rapport à ma position de, de ces appels, je... je collecte les infos, après je ne sais pas quoi en faire. Euh, ou-ou, on va dire je, je ne peux rien en faire. Voilà. Je sais que un jeune est un peu maltraité, ou un peu dans l'emprise, mais je sais pas quoi faire. Bon, au moins il est en santé, en bonne santé, il est en vie. Mais en fait, c'est ça qui est compliqué à gérer dans ces appels, c'est que, euh... je me sens pas psychologue, dans un premier temps, et en plus, et en plus, je sais pas quoi en faire, même socialement, je peux rien faire, je peux pas intervenir. »
(P33, psychologue)

Une nouvelle forme de responsabilité, créée par la proximité renforcée avec les MNA suivis de façon régulière par téléphone, était donc susceptible de susciter des émotions chez les bénévoles comme chez les salariés. Or ces émotions pouvaient devenir envahissantes, car les frontières entre le champ professionnel et le champ personnel devenaient plus poreuses, du fait de la prise en charge depuis leur domicile :

« Et en plus, j'avais des... je te dis, en termes de... euh...(silence) j'avais les jeunes qui étaient avec moi en fait. Quand, quand je cherchais dans leur DPL, j'entendais leur voix. Je revoyais, j'avais des flashes de nos entretiens, je, je voyais leurs attitudes, j'avais leurs expressions en tête, j'avais leurs voix en tête. [...] Des témoignages de jeunes qui partagent leur expérience, qui te livrent aussi des choses qui sont très lourdes pour eux... [...] Et là, du coup, [...] ça se passait chez moi [...] Je le faisais à des heures qui étaient pas que euh... qui étaient pas que normales, pas que dans la journée. J'ai travaillé le soir. J'ai travaillé des jours fériés. Euh... Donc oui, euh (silence)... je me suis vue à certains moments me laver les dents et avoir un jeune en face de moi, tu vois. En me disant, ben il est là... à faire des cauchemars... pas bien dormir moi non plus, fin bon, c'est... oui, c'est compliqué. »
(P32, assistante sociale)

« Beh c'est vrai que ça a changé beaucoup de choses, tant sur le point de vue professionnel que personnel, clairement parce que du coup il fallait s'adapter à travailler depuis chez soi et, et avoir moins de barrières entre le perso et le pro euh, avoir moins ce temps de, de euh, tu vois, le temps de déplacement euh... C'est aussi l'avantage et l'inconvénient de Paris, c'est que comme tu as un temps de transport, c'est aussi un moyen dans l'humanitaire, je trouve, de faire un gros vide entre ce que tu vis sur le terrain et ta vie perso. Donc rien que ça euh, ça a fait sauter pas mal de digues de protection, je pense, euh, voilà. »
(P31, juriste)

La difficulté pointée ici, est celle de ne plus parvenir, ou parvenir plus difficilement, à prendre du recul vis-à-vis des circonstances vécues par les MNA suivis. Au-delà de l'écoute psycho-sociale offerte par Médecins du Monde à ses employés, des outils spécifiques seront sans doute à envisager pour les personnes les plus impliquées dans la prise en charge de ces MNA non protégés.

5.5 LA CRÉATION D'UNE RELATION DUALE ?

Enfin, plusieurs bénévoles ont évoqué leur inquiétude au sujet de la reconfiguration des rôles suscitée par ce type de format à distance. Pour certains, les consultations de renforcement psycho-social, qui consistait en des appels individuels, et toujours entre les mêmes personnes, transformait de fait le rôle du bénévole d'une organisation en éducateur chargé de suivre des jeunes de façon individualisée :

« Moi j'ai plutôt eu l'impression d'avoir un rôle vraiment d'éducateur ces derniers temps, plus que de... plus que de participant d'une ONG, quoi. Euh... on a littéralement euh... [...] je trouve que cette « place » est plus encore marquée ces temps-ci, parce que appeler quelqu'un trois fois par semaine, dans une situation où les gens sont un peu perdus et où ils n'ont pas forcément toutes les informations ; [...] Ça été de... de l'éducation plus qu'autre chose, hum... et donc euh... ça a créé cette espèce de relation duelle avec chaque jeune qu'on n'avait pas euh... que je trouvais qui était beaucoup moins marquée avant. »
(P26, autre profession)

Cette reconfiguration des rôles se matérialisait notamment par la création d'un espace d'interactions dual, susceptible de créer une certaine dépendance des MNA vis-à-vis de leurs interlocuteurs de référence, selon certains :

« La difficulté pour moi était de s'appuyer sur ce lien sans créer de dépendance affective. »

Ceci valant pour le jeune, mais aussi pour le bénévole qui effectue le phoning. »
(P29, psychologue)

« Et puis ces jeunes sont dans une situation extrêmement complexe, on peut pas se permettre de créer une relation trop duelle pour une raison que... on est de passage avec eux ; et euh... se positionner comme membre de la famille ou personne qui euh... référente euh... euh... trop proche, ça veut dire aussi quand on va devoir s'occuper d'autres jeunes, on va devoir se séparer d'eux et ça va être un... une rupture. Et nous on sait que ces jeunes-là, ils ont eu un parcours euh... de vie qui est généralement très complexe et euh... donc fait de... de ruptures et de cassures, donc c'est vraiment important de... et ça a été souligné par Y particulièrement dans le... dans le programme pendant la réunion, mais par d'autres aussi, psychologues de l'équipe, euh... de dire euh... voilà, y faut vraiment faire attention euh... que toute relation duelle que l'on va créer qui est trop forte, va induire un sentiment de cassure plus tard, donc y a aussi la question de repositionner un peu notre action qu'on fait »*
(P26, autre profession)

Un médecin relève également la création d'un lien d'attachement spécifique à ce mode de prise en charge à distance :

« J'ai beaucoup de jeunes qui, j'ai l'impression, s'attachent trop. Moi c'est le sentiment que j'ai de mon côté. Du fait de leur isolement, si on les voit une ou deux fois, ils vous reconnaissent tout de suite et c'est, moi je le ressens comme ça, ça me, chez certains jeunes il y a un attachement un peu fort, mais c'est, c'est lié à leur âge et c'est lié à leur isolement, c'est pas quelque chose de... mais, mais, ouais, c'est pas une complication en soi mais euh, mais c'est quelque chose que j'ai remarqué quand même. »
(P34, médecin)

En lien avec ce point, des répondants ont également fait part de leurs perceptions sur les effets du format à distance, en termes d'autonomisation des MNA :

« Je pense que les appels téléphoniques sont des outils ponctuels qui sont nécessaires dans des situations « d'urgence » comme le confinement par exemple ou pour rappeler un rendez-vous à un jeune. Ces appels n'améliorent pas son autonomie car ils le placent dans une position passive; alors que le fait de venir rencontrer quelqu'un à MDM le met dans une position active. Le lien en direct est par ailleurs plus vrai car il permet au jeune de mieux se situer par rapport à son interlocuteur dans les interactions et réactions corporelles de la communication habituelle. »
(P29, psychologue)

À l'occasion d'une rencontre intervenue quelques semaines après la fin du confinement, cette nécessité de dépasser la relation duale suscitée par le suivi régulier par téléphone a été longuement discutée, notamment pour ne pas risquer de créer de liens de dépendance. L'idée principale qui en est ressortie, est de réintroduire l'institution, le cadre MdM, au sein de l'espace d'interactions avec les MNA :

« Encore une fois, faut pas euh... faut pas les mettre dans une position où euh... l'idée aussi... est aussi de replacer Médecins du Monde au centre d'action et non pas les individus. Euh... y faut aussi qu'y comprennent que si euh... moi, X, Y, Z, part, et qu'en fait c'est pas... si y partent de Médecins du Monde, le jeune n'a pas perdu son repère; le jeune... le jeune il a comme repère « Médecins du Monde ». Le meilleur repère à Médecins du Monde, c'est aussi de lui garantir que là il aura une vraie pérennité de présence. [...] Je pense que c'est plutôt acquis hein, au niveau des jeunes, je pense qu'ils l'ont plutôt acquis, euh... [...] Donc Médecins du Monde, comme d'autres assos euh... sont assez ancrées chez les jeunes, les jeunes savent que s'ils ont un problème, ils

peuvent aller... là; et ça c'est bien, quel que soit le permanent qui est là euh... que ce soit euh... voilà. »

(P26, autre profession)

La nécessité de passer à un autre format de suivi psycho-social à distance, moins dépendant des bénévoles en tant qu'individus, et plus allégé en termes de nombre d'appels, est donc apparue comme une solution intéressante, notamment pour éviter les écueils de baisse d'autonomisation et le risque de dépendance affective.

DISCUSSION

La présente étude est la première recherche qui caractérise de façon approfondie l'évolution des besoins des MNA non protégés pendant la première vague de COVID-19 en France. De façon générale, notre étude révèle que le contexte social du confinement et de distanciation physique augmente le nombre de difficultés difficilement maîtrisables, à la fois pour les MNA et les bénévoles et salariés qui leur venaient en aide. Ainsi, pendant la crise sanitaire, les MNA ont continué d'exprimer des besoins en santé somatique importants. Malgré certaines limites de la section quantitative, et notamment la faible puissance statistique, on remarque que les caractéristiques de notre échantillon de MNA, de même que nos résultats concernant la santé somatique, sont similaires à ceux de l'étude de Hourdet et collègues, qui porte sur des données de 2019 concernant des patients MNA non protégés de la PASS de l'Hôtel Dieu (Hourdet et al., 2020). En effet, leurs données sociodémographiques sont largement comparables avec les nôtres en termes de moyenne d'âge (16,2-16,3 ans), de prédominance du genre masculin (plus de 95%), et de catégories de pathologies diagnostiquées et/ou autodéclarées (problèmes digestifs, dermatologiques...). Ceci indique à la fois une certaine représentativité de notre échantillon, et une certaine cohérence des besoins exprimés.

Concernant l'évolution des besoins psychologiques des MNA non protégés en période de crise sanitaire, on relève notamment des difficultés d'accès à l'information et de compréhension des messages du gouvernement. Non seulement les MNA, en tant que population vulnérable (Douglas et al., 2020), sont plus exposés au risque d'infection par la COVID-19 du fait de leurs conditions de vie, mais en plus le contexte de confinement aggrave des problèmes de santé psychique préexistants (Gautier et al., 2021). Ceci conduirait à un sentiment de solitude plus important que d'ordinaire. Nos résultats en santé psychologique rejoignent les données de routine présentées dans un rapport publié en 2021 par MSF et le COMEDE, concernant 124 jeunes suivis pendant le confinement du printemps 2020 : les auteurs relèvent en effet eux aussi une augmentation de la prévalence de l'anxiété et de troubles du sommeil (Médecins Sans Frontières et COMEDE, 2021).

Du côté des bénévoles, on souligne des défis importants en termes de communication (compréhension linguistique et interculturelle notamment), ce qui a pu poser des difficultés pour la précision du diagnostic en santé psychologique, mais aussi en santé somatique. Ce constat est également observé dans le rapport de MSF et du COMEDE, dont les intervenants ont également dû adapter leur pratique au mode distanciel (Médecins Sans Frontières et COMEDE, 2021).

Plus largement, cette recherche souligne le caractère prédisposant des déterminants sociaux de la santé, au premier rang desquels les conditions de vie, afin de pouvoir se percevoir en bonne santé. Ce travail pilote, conçu et analysé largement de façon inductive, rejoint en réalité largement les dimensions du modèle d'Andersen (Andersen, 1995) initialement utilisé pour la recherche qui devait se faire au premier semestre 2020, avant que la pandémie de COVID-19 ne vienne la reconfigurer. Dans le modèle d'Andersen, que nous avons adapté pour cette recherche, quatre catégories façonnent la santé :

1. *Caractéristiques prédisposantes*: statut socio-économique, âge, éducation, type de prise en charge, parcours migratoire.
2. *Ressources habilitantes*: communauté, logement et conditions de vie.
3. *Les besoins en santé exprimés*: santé perçue, état de santé clinique.
4. *Environnement externe, système de santé*.

La spécificité du cas présent, par rapport à d'autres populations, est que la majorité des caractéristiques prédisposantes des MNA non protégés – le statut socio-économique, âge, l'éducation, et le type de prise en charge – ne sont pas déterminés par les MNA eux-mêmes ou par leurs représentants légaux, mais par les autorités publiques (qui se situent dans l'environnement externe) qui déterminent l'âge et qui posent les conditions, de façon largement arbitraire, d'un accès à une protection institutionnelle, façonnant ainsi leur prise en charge, et de fait, leur statut socio-économique et leur éducation. Or, ce sont ces caractéristiques qui permettent ensuite le déploiement de ressources habilitantes de qualité. En l'absence de prise en charge institutionnelle et de tout autre filet de sécurité organisé par les autorités publiques, la conséquence est que la population de MNA ne peut alors pas compter, pour sa protection, que sur l'accès à une communauté d'entraide composée de collectifs citoyens, d'associations, de compatriotes, de voisins, etc. (Lefebvre et al., 2018; Touati et al., 2018). Au niveau des individus, leur développement de capacités et accès aux ressources repose alors sur l'entraide. Dans le soin, les possibilités de traitement seront en rapport avec la solidarité, or ce modèle rend l'observance d'un traitement aléatoire et la rupture des parcours de soins fréquentes.

Même dans le cas de cette crise sanitaire, c'est la détermination du statut de mineur non accompagné, sur la base d'une évaluation de l'âge et du parcours migratoire, qui a prévalu pour les autorités publiques (Médecins Sans Frontières et COMEDE, 2021). Peu importe si les mesures mises en place ne permettaient pas à ceux qui restaient non

protégés, du fait d'une évaluation défavorable et contestée, de les comprendre et de les respecter dans de bonnes conditions – comme ce fut le cas de nombreuses autres populations de migrants défavorisés pendant la crise sanitaire, en France et ailleurs (Bernstein et al., 2020; Carillon et al., 2020; Direction Régionale de la Santé Publique de Montréal, 2020). Peu importe si les dispositifs mis en place accroissaient les inégalités notamment dans l'accès aux soins en France (Bajos et al., 2020; Carillon et al., 2020).

En particulier, notre étude révèle l'inadéquation de mesures telles que le confinement, pour une population au logement à la fois précaire et instable, qui a renforcé pour une partie des MNA suivis par MdM le sentiment d'isolement – avec des conséquences délétères sur leur santé psychique. En réponse à ces manquements, nos résultats indiquent que les interactions sociales entre les MNA et l'équipe du programme MNA de MdM pendant le confinement ont eu un impact positif, car elles ont permis d'articuler une réponse (à distance) à leurs besoins en santé et leurs besoins sociaux. Ces résultats soulignent qu'il est important de comprendre l'environnement des populations cibles et d'analyser les risques, pour proposer des solutions concrètes, adaptées, et en continuelle transformation. L'équipe du programme MNA a pu répondre aux besoins pressants des jeunes suivis par la mise en place d'un système de référence avec les médecins d'astreinte chaque semaine, la mobilisation du programme de veille sanitaire, mais surtout le suivi régulier par téléphone, et semble avoir contribué à réduire le sentiment d'isolement des MNA. Dans une perspective déterministe, il est possible que ce soit ce suivi par téléphone régulier, en plus du tissu social entourant les MNA, qui ait permis de ne pas engendrer une explosion des besoins en santé somatique et psychique pendant le confinement. En effet, pour pouvoir se projeter dans le futur, et ainsi avoir une conduite préventive (face aux risques d'infection à la COVID-19, notamment), il faut disposer au présent d'un filet

de sécurité «habitant» (Castel, 2008) – ce qui correspond à la catégorie des ressources habitantes dont parle Andersen. L'action de MdM pendant le confinement se trouvait donc à ce niveau du modèle d'Andersen, participant à la création d'une communauté favorable aux MNA pendant cette période de crise sanitaire.

Enfin, les activités du programme MNA de MdM pendant la période de confinement et au-delà, démontrent non seulement une capacité d'adaptation aux contextes (ex : passage au format à distance), et une capacité à se transformer en fonction des défis soulevés par les participants (ex : le passage à un format de suivi par téléphone s'extrayant de la configuration duale), mais aussi et surtout une capacité de réflexivité et d'introspection tout à fait unique, laissant un espace d'ouverture à la réflexion et à la critique pour toutes les personnes qui s'impliquent dans ce programme.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude n'a porté que sur les mineurs inscrits au programme MNA de MdM à Paris, où la file active est relativement faible (N = 58). De ce fait, sa puissance statistique est limitée. Toutefois, la qualité (notamment : intégrité et complétude) des données extraites du DPI permet de donner une idée précise de l'évolution des consultations offertes aux MNA, répondant aux besoins en santé somatique, en santé psychologique et sociaux. En revanche, l'exhaustivité des données concernant l'évolution des lieux de vie n'a pas pu être assurée. En effet, la source des données – le tableau de données secondaires (TSPHON_PMNA) – rempli par les bénévoles assurant le suivi par téléphone, puis rassemblé, consolidé et transmis par les salariés du programme a posé plusieurs difficultés d'exploitation. Le recueil des données par les bénévoles n'étant pas standardisé, l'information n'était pas systématiquement reportée. De plus, l'information dépendait de la disponibilité des MNA. Il est donc possible qu'il y ait une forte proportion de données manquantes. Malgré une

extraction de données de ce tableau dans une base de données séparée (afin d'améliorer leur standardisation et complétude), les tendances présentées dans la figure 5 sont donc à manier avec précaution. Le croisement de ces données quantitatives, avec nos données qualitatives (entretiens et documents), permet en outre d'apporter des éclairages complémentaires, qui viennent appuyer certaines des tendances identifiées.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude soulignent essentiellement les différences entre la réponse de l'État et la réponse offerte par un programme de la société civile, qui a su adapter sa prise en charge aux conditions des MNA.

D'une part, en améliorant et en soutenant les comportements sains des MNA dans le contexte de la pandémie, ces interactions sociales continues entre bénévoles/salariés de MdM et les MNA non protégés peuvent avoir contribué non seulement à dés-isoler une population aussi vulnérable, mais aussi à promouvoir la santé et la prévention des maladies parmi les MNA. De tels modèles de soins «COVID-19» semblent avoir eu des conséquences positives inattendues importantes pour le bien-être des MNA en France. La présente étude de cas de recherche à méthode mixte offre à cet égard une perspective intéressante, et appelle à davantage de recherches qui permettraient de bien documenter cet aspect.

D'autre part, les ONG comme MdM ont continuellement interpellé les autorités publiques, les enjoignant à prendre leurs propres responsabilités en fournissant un hébergement adéquat et une offre de soins complète pour tous les MNA. Les efforts déployés par les ONG comme MdM pendant la crise sanitaire et au-delà ne doivent pas occulter l'enjeu crucial qui est ici en jeu : tant qu'une décision de justice sur le statut des MNA n'aura pas été prise, tous les adolescents devraient avoir accès à un logement décent, ainsi qu'à des soins sociaux, médicaux et psychologiques. La pandémie actuelle de COVID-19 met en évidence le fait que les autorités publiques gouvernementales, départementales et municipales françaises devraient en effet être les seules à assurer la protection des mineurs. D'autres recherches sont actuellement menées avec divers partenaires pour étudier comment l'inaction des pouvoirs publics dans l'offre de soins façonne les besoins en santé et soutien psycho-social des MNA non protégés.

RÉFÉRENCES

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2137284>.
- Bajos, N., Warszawski, J., Pailhé, A., Counil, E., Jusot, F., Spire, A., Martin, C., Meyer, L., Sireyrol, A., Franck, J.-E., & Lydié, N. (2020). Les inégalités sociales au temps du COVID-19. *Questions de Santé Publique*, 40, 1-12.
- Bernstein, H., González, J., Gonzalez, D., & Jagannath, J. (2020). *Immigrant-Serving Organizations' Perspectives on the COVID-19 Crisis*.
- Carillon, S., Gosselin, A., Coulibaly, K., Ridde, V., du Loû, A. D., & MAKASI Study Group. (2020). Immigrants facing COVID 19 containment in France: an ordinary hardship of disaffiliation. *Journal of Migration and Health*, 100032. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100032>.
- Castel, R. (2008). 4. Qu'est-ce qu'être protégé? La dimension socio-anthropologique de la protection sociale. In A.-M. Guillemard, *Où va la protection sociale ?* (pp. 101-117). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/ou-va-la-protection-sociale-9782130570929-page-101.htm>.
- Centers for Disease Control, & Prevention. (2020). *Interim guidance for homeless service providers to plan and respond to coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Centers for Disease Control. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/homeless-shelters/plan-prepare-respond.html>.
- Collectif. (2020, April 6). « Demande de mesures contraignantes pour assurer la protection de tous les mineurs non accompagnés dans le contexte de l'épidémie du Covid-19 » [Lettre ouverte collective]. <http://www.infomie.net/spip.php?article5850>.
- Direction Régionale de la Santé Publique de Montréal. (2020). *Améliorer la réponse à la COVID-19 pour les personnes immigrantes et racisées: Consultation des acteurs terrain. Rapport préliminaire* (p. 50). Direction Régionale de la Santé Publique de Montréal (DRSP).
- Douglas, M., Katikireddi, S. V., Taulbut, M., McKee, M., & McCartney, G. (2020). Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ*, 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1557>.
- Gautier, L., Poveda, J.-D., Nguengang-Wakap, S., Bouchon, M., & Quesnel-Vallée, A. (2021). Adapting care provision and advocating for unprotected unaccompanied minors in Paris in the context of COVID-19. *Global Health Promotion*, 28(1):75-78.
- Gautier, L., Spagnolo, J., & Quesnel-Vallée, A. (2020). Comment favoriser la communication thérapeutique avec une population vulnérable? *Migrations Societe*, N° 181(3), 121-134.
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2019). *Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés*. Haut Conseil de la Santé Publique. http://www.infomie.net/IMG/pdf/hcspa20191107_bilandesantdesenfant-trangeisols.pdf.
- Haute Autorité de Santé. (2018). *L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits "Mineurs isolés étrangers (MNA)" - Argumentaire* [Recommandation de bonne pratique]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833665/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etran-gers-argumentaire.
- Hourdet, A., Rénier, M., Van de Steeg, F., Rieutord, G., & de Champs Léger, H. (2020). État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs: Enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 27, 531-537.

- International Justice Resource Center. (2019, December). *Council of Europe Adopts Recommendation on Guardianship for Unaccompanied Children* | International Justice Resource Center. <https://ijrcenter.org/2019/12/19/council-of-europe-adopts-recommendation-on-guardianship-for-unaccompanied-children>.
- Kreuter, M. W., Thompson, T., McQueen, A., & Garg, R. (2021). Addressing social needs in health care settings: evidence, challenges, and opportunities for public health. *Annual Review of Public Health*, 42, 329-344.
- Laurant, A. (2020, March 24). Coronavirus: La double peine des mineurs isolés. *L'Express*. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/coronavirus-la-double-peine-des-mineurs-isoles_2121808.html
- Lefebvre, C., Bilodeau, A., & Potvin, L. (2018). Le point sur l'action intersectorielle. Quels sont les effets de l'action intersectorielle locale sur les milieux de vie et comment sont-ils produits? *Chaire de Recherche Du Canada: Approches Communautaires et Inégalités de Santé (CACIS)*, 4, 1-8.
- Médecins du Monde. (2020). *Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France, 2019* (No. 20). Médecins du Monde. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/10/14/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2019>.
- Médecins du Monde, & Médecins Sans Frontières. (2020, May 28). *Coronavirus: Un bilan tragique pour les mineurs non accompagnés*. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/france/2020/05/28/coronavirus-un-bilan-tragique-pour-les-mineurs-non-accompagnes>.
- Médecins Sans Frontières et COMEDE. (2021). *Rapport sur l'accompagnement psychologique des MNA (COMEDE/MSF)*. URL : <https://www.comede.org/covid-19-en-france-comment-les-mineurs-non-accompagnes-ont-ils-vecu-le-confinement>.
- Menjívar, C., & Perreira, K. M. (2019). Undocumented and unaccompanied: Children of migration in the European Union and the United States. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 45(2), 197-217. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2017.1404255>.
- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M.-P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., & Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes. In *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 123-142). Les Presses de l'Université de Montréal Montréal, QC.
- Radjack, R., Minassian, S., & Touhami, F. (2019). État des lieux et besoins de santé des mineurs non accompagnés. *Soins Psychiatrie*, 40(324), 12-17.
- Touati, N., Garakani, T., Charest, É., & Proteau-Dupont, É. (2018). Des personnes uniques avant tout: Une grille d'analyse critique pour mieux prendre en compte la diversité des besoins dans le cadre des actions sur les déterminants sociaux de la santé. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 20, n° 2, Article 20, n° 2. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.3733>.
- Unicef. (2017). *A child is a child: Protecting children on the move from violence, abuse and exploitation*. https://www.unicef.org/publications/index_95956.html.

ANNEXES

ANNEXE 1. GUIDE D'ENTRETIEN

THÈME DE L'ENTREVUE : LES CONDITIONS DE VIE DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS À PARIS

Bonjour!

Je m'appelle Lara Gautier, je suis chercheuse basée au Canada. Le but de ce projet de recherche est de mieux comprendre la manière dont les conditions de prise en charge affectent les conditions de vie, et en retour les besoins de santé des mineurs non accompagnés. Mon projet de recherche est financé par le Fonds de recherche en santé du Québec, sur une période de 2 ans.

J'ai demandé à vous interroger parce que vous avez contribué au soutien de MNA ou vous êtes une personne ressource en ce qui concerne leur prise en charge [en France/au Canada]. Je souhaite connaître vos opinions et expériences personnelles concernant les conditions de la prise en charge de cette population et leurs besoins.

Cette entrevue est conçue comme une conversation sur les conditions de vie des mineurs non accompagnés (MNA) à Paris. Les questions que je vais vous poser sont adressées à des intervenants - travailleurs sociaux, professionnels de santé, employés ou membres d'organismes et collectifs, et décideurs cherchant à venir en aide ou apportant un soutien quel qu'il soit aux MNA

Le but est de discuter de vos perceptions du système de prise en charge en France des MNA, votre expérience d'interaction avec cette population, y compris pendant la pandémie de COVID-19, et les manières d'améliorer leurs conditions de vie.

L'entrevue est anonyme. Elle sera enregistrée à moins que vous n'ayez pas donné votre accord dans le formulaire de consentement. Je rappelle aussi que vous pouvez à tout moment refuser de répondre à toute question qui vous mettrait mal

à l'aise, ou vous retirer de la conversation, sans donner d'explication.

La durée maximale prévue des entrevues est d'1 heure 15. Avez-vous d'autres questions avant de commencer ?

ENTREVUE

- Numéro :
- Profession et affiliation du participant :
- Nom de l'enquêteur :
- Mode d'entrevue :
 - Face à Face
- Enregistrement :
 - Oui
 - Non
- Date :
- Heure de début :
- Heure de fin :

QUESTIONS (PROMPTS)

A. Parcours professionnel et interactions avec les MNA

1. Pourriez-vous tout d'abord me parler de votre parcours ? (Quelle a été votre trajectoire personnelle jusqu'à maintenant ?)
2. Comment vous sentez-vous dans votre travail/bénévolat ? Qu'est-ce qui a changé pour vous, par rapport à avant la pandémie ? Comment vous vous sentez par rapport à ces changements ? (Y a-t-il des choses que vous aimeriez changer ?)
3. Depuis quand intervenez-vous auprès des MNA ?

4. Quel rôle joue votre organisme par rapport à cette population? (*Comment votre organisme leur vient-il en aide?*)
5. Quel est votre rôle par rapport à cette population? Quels changements votre organisme a-t-il mis en place, et cela a-t-il transformé votre rôle et la forme d'accompagnement que vous apportez à cette population? (*Pouvez-vous me décrire des tâches/activités typiques que vous réalisez?*)
6. À quels défis (éventuellement) faisiez-vous face, avant la pandémie, et de quelle manière?
7. À quels défis (éventuellement) faites-vous face, depuis la pandémie, et de quelle manière?

B. Perceptions de la prise en charge sociale des MNA

8. Que pensez-vous de la manière dont on prend en charge les MNA et leurs besoins dans ce pays? (*Y a-t-il des choses que vous aimeriez voir changées? Pourquoi?*)
9. Que pensez-vous de la manière dont on prend en charge les MNA et leurs besoins dans votre organisme/établissement? (*Y a-t-il des choses que vous aimeriez voir changées? Pourquoi?*)
10. Quels sont les aspects qui pourraient être améliorés dans votre organisme/établissement, pour assurer une meilleure adéquation aux besoins spécifiques des MNA? (*Comment mieux s'adapter à leurs besoins culturels, linguistiques, sociaux et émotionnels?*)
11. Dans votre accompagnement/suivi médico-psychosocial des MNA, que vous racontent-ils de leurs conditions de vie?

Quels changements avez-vous constatés depuis la pandémie? (*Où vivent-ils? qui les prend en charge?*)

C. Perceptions de la prise en charge médico-socio-psychologique des MNA

12. Comment ces conditions de vie affectent-elles leur santé physique et mentale, d'après vous?
13. De quelles façons peut-on améliorer leurs conditions de vie, d'après vous?
14. Quelles difficultés ou barrières rencontrent-ils pour accéder aux soins? Comment y remédier?

D. Connaissance des besoins des MNA

15. Les jeunes vous parlent-ils de leur parcours migratoire? Que vous racontent-ils?
16. Les jeunes vous parlent-ils des raisons de leur venue? Que vous racontent-ils?
17. Les jeunes vous parlent-ils de leurs aspirations pour l'avenir? Que vous racontent-ils?
18. Avez-vous autre chose à ajouter sur ce sujet?

ANNEXE 2. DPI – FICHE CONSULTATION MÉDICALE

ACCUEIL

Accueil Consultation pandémie covid 19 Diagnostic Traitements & Procédures Examens Orientations

Si la personne ne parle pas le français, ou pas suffisamment pour mener cette consultation aisément, merci de renseigner la question sur le besoin d'interprétariat qui est à l'ACCUEIL PATIENT avant de débiter la consultation.

Rubrique à renseigner UNIQUEMENT pour les actions menées dans le cadre du COVID 19
Ce cadre est réservé **UNIQUEMENT** aux actions menées durant la période du COVID 19. Cela permettra d'extraire vos statistiques (file active, activités méd., etc.)

Covid 19 Oui

Intervenant

Consultation réalisée/créée par :

Si la consultation a été créée par un(e) infirmier(e), précisez :

Nom du médecin assurant la consultation :

Date de création : (jj/mm/aaaa)

Programme concerné : CASO/CAOA Mobile « Bidonville » Mobile « SDF » Mobile « RdR »
 MNA (Caen, Nantes, Paris)

Lieu de la tournée mobile (facultatif) :

Interprétariat

Langues parlées :

Intervention d'un interprète à l'entretien ? Oui, par un intervenant MdM
 Oui, par une tierce personne (personne accompagnante, autre personne)
 Oui, par un interprète professionnel (ISM-interprétariat, etc.)
 Non
 (Annuler)

MESSAGE IMPORTANT A RAPPELER AU PATIENT AU DEBUT DE CHAQUE VISITE :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la mission : Médecins du Monde – DMF – 62 rue Marcadet – 75018 Paris

CONSULTATION

[Accueil](#) | [Consultation](#) | [pandemie covid 19](#) | [Diagnostic](#) | [Traitements & Procédures](#) | [Examens](#) | [Orientations](#)

Contraception

Avez-vous une contraception actuellement ? Oui Non Non concerné(e) (Annuler)
Non concerné(e) = ménopausée, par encore menstruée, enceinte, désirant être enceinte, etc.

Précisions éventuelles : SI OUI

Contraceptif utilisé ou autre(s) information(s) jugée(s) importante(s) ou nécessaire(s)

Souhaitez-vous une contraception ? *SI NON* Oui Non Ne sait pas (Annuler)

Grossesse

Enceinte actuellement ? Oui Non *SI NON aller à la rubrique suivante « Suivi gynécologique »*

Terme (en semaines d'aménorrhée) :

Accès aux soins prénataux ? Oui Non (Annuler)

Pourquoi n'y a-t-il pas d'accès ?

Retard de suivi de grossesse ? Oui Non (Annuler)
Il y a retard lorsque l'absence de suivi est supérieure à 12 semaines d'aménorrhée

Demande d'IVG ? Oui Non (Annuler)

Suivi gynécologique

Avez-vous déjà réalisé un frottis cervico vaginal ? Oui Non Ne sait pas (Annuler)
SI OUI

Date du dernier frottis Facultatif (jj/mm/aaaa)

Examen médical

Motif de consultation : Ou plainte(s) exprimée(s)

Examen clinique :

Observations médicales

Taille (en cm) :	<input type="text"/>	Tension artérielle systolique (en cmHg) :	<input type="text"/>
Poids (en kg) :	<input type="text"/>	Tension artérielle diastolique (en cmHg) :	<input type="text"/>
IMC (adultes) :	<input type="text"/>	Fréquence cardiaque (en bpm) :	<input type="text"/>
		Glycémie (en g/l) :	<input type="text"/>

Poids : pour les enfants merci d'indiquer le plus précisément possible avec 1 chiffre derrière la virgule de 0.0 à 0.9 et ne pas arrondir au kg près

IMC : il est calculé automatiquement à partir du poids et de la taille, merci de renseigner ces deux champs

Glycémie : format de saisie avec 2 chiffres après la virgule : X.XX

DIAGNOSTIC


[Accueil](#) [Consultation](#) [pandemie covid 19](#) **Diagnostic** [Traitements & Procédures](#) [Examens](#) [Orientations](#)

Merci de renseigner TOUS LES DIAGNOSTICS issus de la consultation médicale.

Pour renseigner un nouveau diagnostic, utiliser le bouton « Cliquez ici » et un nouvel encadré s'ouvrira. Il est possible d'établir jusqu'à cinq diagnostics par visite.

Un explorateur CISP est disponible en [cliquant ici](#). (Ouvre une nouvelle fenêtre)

Diagnostic 1

Code CISP : 

Précisions éventuelles sur le diagnostic : 

Statut du diagnostic :

En attente

Confirmé

(Annuler)

La pathologie est-elle aiguë ou chronique ?

Aiguë

Chronique

Ne sait pas

(Annuler)

Un traitement ou un suivi serait-il :

Nécessaire

Accessoire

(Annuler)

Le problème était-il traité ou suivi avant la première consultation à MdM ?

Oui

Oui partiellement / irrégulièrement

Non

Ne sait pas

(Annuler)

Le problème de santé aurait-il dû être traité plus tôt ?

Oui

Non

(Annuler)

En cas de besoin d'un second diagnostic :

Cliquez ici

ANNEXE 3. DPI – FICHE CONSULTATION PSYCHOLOGIE/PSYCHIATRIE

ACCUEIL

Accueil	Consultation	Orientations
<p>Si la personne ne parle pas le français, ou pas suffisamment pour mener cette consultation aisément, merci de renseigner la question sur le besoin d'interprétariat qui est à l'ACCUEIL PATIENT avant de débiter la consultation.</p>		
<p>Date de création : _ _ / _ _ / _ _ - - -</p>		
<p>Intervenant</p> <p>Consultation réalisée par : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Programme concerné : <input type="radio"/> CASO <input type="radio"/> Mobile « Bidonville » <input type="radio"/> Mobile « SDF » <input type="radio"/> Mobile « RdR »</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> (Annuler)</p> <p>Lieu de la tournée mobile (facultatif) : <input style="width: 100%;" type="text"/></p>		
<p>Interprétariat</p> <p>Langues parlées : </p> <p>Intervention d'un interprète à l'entretien ?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> Oui, par un intervenant MdM <input type="radio"/> Oui, par une tierce personne (personne accompagnante, autre personne) <input type="radio"/> Oui, par un interprète professionnel (ISM-interprétariat, etc.) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> (Annuler) </p>		
<p>MESSAGE IMPORTANT A RAPPELER AU PATIENT AU DEBUT DE CHAQUE VISITE :</p> <p>Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la mission : Médecins du Monde – DMF – 62 rue Marcadet – 75018 Paris</p>		

CONSULTATION

Accueil | Consultation | Orientations

Motif de consultation

Plainte(s) exprimé(e)s par le patient : Motif de ξ s exprimé par le patient et pathologie constatée

Diagnostic(s) ou orientation(s) diagnostic(s)

Diagnostic (Code CISP) : *Noter le code CISP*

Précisions éventuelles sur le diagnostic :

Statut du diagnostic :

- En attente
 Confirmé
 Annulé

En cas de besoin d'un deuxième diagnostic :

Cliquez ici

Diagnostic (Code CISP) : *Noter le code CISP*

Précisions éventuelles sur le diagnostic :

Statut du diagnostic :

- En attente
 Confirmé

DIAGNOSTIC


[Accueil](#) [Consultation](#) [pandemie covid 19](#) **Diagnostic** [Traitements & Procédures](#) [Examens](#) [Orientations](#)

Merci de renseigner TOUS LES DIAGNOSTICS issus de la consultation médicale.

Pour renseigner un nouveau diagnostic, utiliser le bouton « Cliquez ici » et un nouvel encadré s'ouvrira. Il est possible d'établir jusqu'à cinq diagnostics par visite.

Un explorateur CISP est disponible [en cliquant ici](#). (Ouvre une nouvelle fenêtre)

Diagnostic 1

Code CISP : 

Mettre le code CISP

Précisions éventuelles sur le diagnostic : 

Statut du diagnostic :

Texte libre permettant de préciser le code CISP sélectionné

En attente

Confirmé

(Annuler)

La pathologie est-elle aiguë ou chronique ?

Aiguë

Chronique

Ne sait pas

(Annuler)

Un traitement ou un suivi serait-il :

Nécessaire

Accessoire

(Annuler)

Le problème était-il traité ou suivi avant la première consultation à MdM ?

Oui

Oui partiellement / irrégulièrement

Non

Ne sait pas

(Annuler)

Le problème de santé aurait-il dû être traité plus tôt ?

Oui

Non

(Annuler)

En cas de besoin d'un second diagnostic :

Cliquez ici

ANNEXE 4. ÉVOLUTION DES BESOINS DES MNA SUIVIS PAR LE PROGRAMME DE MDM À PARIS EN 2018 ET 2019

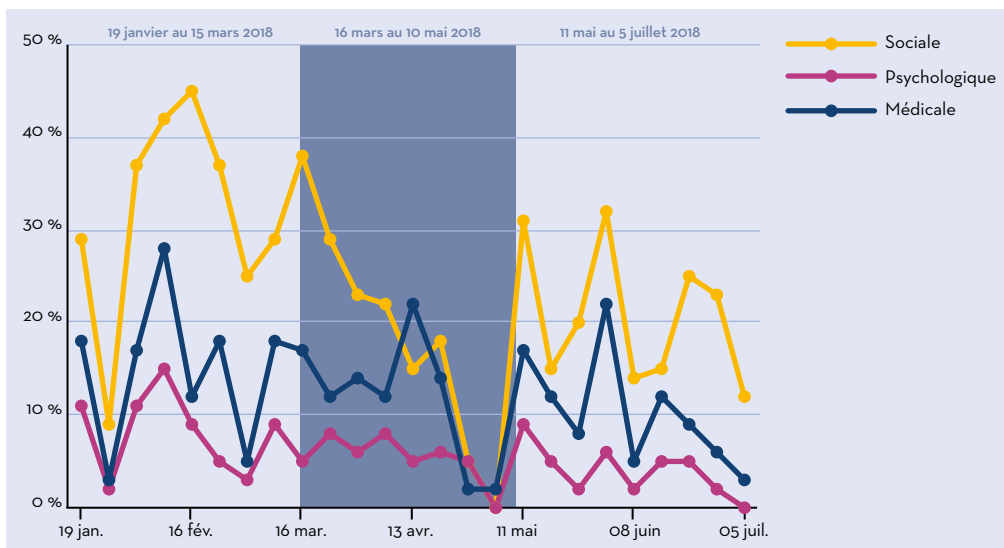


FIGURE 6 Courbe d'évolution de la proportion de MNA reçus en consultation par semaine, médicale, sociale et psychologique du 19 janvier au 5 juillet 2018.

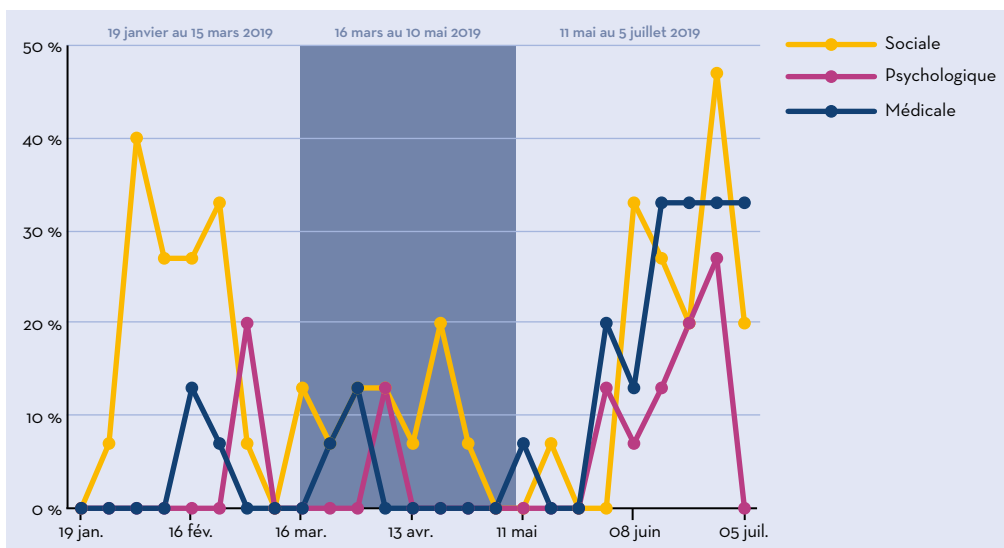


FIGURE 7 Courbe d'évolution de la proportion de MNA reçus en consultation par semaine, médicale, sociale et psychologique du 19 janvier au 5 juillet 2019.

ANNEXE 5. CERTIFICATS D'APPROBATION ÉTHIQUE (AMENDEMENTS)



CER U-Paris

(Comité d'Éthique de la Recherche)

Présidente : Jacqueline Fagard

N° 2020-58- GAUTIER- QUESNEL- VALLEE

PROTOCOLE : Exploration des facteurs contextuels et individuels qui façonnent les besoins de santé des mineurs non accompagnés : une étude mixte comparative à Montréal et à Paris Avenant au 2019-83

Noms du/des chercheur(s) : Lara Gautier ; Amélie Quesnel-Vallée

Email pour la correspondance : lara.gautier@gmail.com; lara.gautier@mail.mcgill.ca; amelie.quesnelvallee@mcgill.ca

Labo/Service : Ceped : Centre population et développement; Université de Paris, Département de sociologie de l'Université McGill (Canada)

Évalué hors réunion : procédure accélérée COVID

AVIS : Favorable

Par cet avis favorable, le CER U-Paris ne se prononce pas sur le respect des mesures barrières contre le Covid-19. Afin de protéger les participants et les personnes impliquées dans la recherche, les responsables de la recherche doivent impérativement se mettre en conformité avec les mesures préconisées pour toutes recherches sur site et hors site par les tutelles hébergeant les unités de recherche concernées, via le DU et responsable hygiène et sécurité.

L'avis favorable du CER U-Paris n'exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (CIL) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche.

Les investigateurs faisant appel aux services du CER U-Paris s'engagent à lui signaler tout événement non anticipé survenant en cours d'étude. Ces éléments seront utilisés aux fins d'amélioration des futurs services et conseils que le CER U-Paris pourrait donner.

N° IRB : 00012020-58

Jacqueline Fagard

email : cer_parisdescartes@services.cnrs.fr ; jacqueline.fagard@parisdescartes.fr ; david.brami@parisdescartes.fr

McGill University

ETHICS REVIEW
AMENDMENT REQUEST FORM

This form can be used to submit any changes/updates to be made to a currently approved research project. Changes must be reviewed and approved by the REB before they can be implemented.

Amendments to studies should be changes within the scope of the original study, not new studies that are simply related to the original study. Significant or numerous changes to study methods, participant populations, location of research or the research question or where the amendment will change the overall purpose or objective of the originally approved study will require the submission of a complete new application.

REB File #: 19-11-045

Project Title: Exploring the contextual and individual factors shaping unmet health needs among unaccompanied minors: a mixed methods comparative study in Montreal and Paris

Principal Investigator: Lara Gautier, Postdoctoral Fellow

Email: lara.gautier@mail.mcgill.ca

Faculty Supervisor (for student PI): Prof. Amelie Quesnel-Vallée

1) Explain what these changes are, why they are needed, and if the risks or benefits to participants will change. Our original study objectives were: 1) to estimate the state and health needs of unaccompanied minors (UMs) and 2) to analyze the **contextual factors** (e.g., management methods) and **individual factors** (e.g., personal characteristics) of unmet health needs among UMs in Montreal and Paris. To meet this dual objective, and for the Paris part of the study [ethical clearance had been provided only for this part], the protocol in its original version included a mixed data collection in close collaboration with *Médecins du Monde's* clinic in Paris. This data collection is currently suspended, given the closing of *Médecins du Monde's* clinic (until further notice). In the meantime, we wish to carry out a case study allowing a more in-depth analysis of the **contextual factors**, based on the new configuration created by the COVID-19 pandemic and the related prevention measures. This includes reporting on how government measures (containment and physical distancing) contribute to the degradation of the living conditions of UMs, and in turn their health. For this amendment, there is no data collection with UMs. This amendment has been approved by the ethical committee *Comité de la Recherche de l'Université de Paris* (see separate appendix, IRB nb 00012020-58). The changes are the following:

1. Changes to the semi-structured interview guides for *Médecins du Monde's* UM program social and health permanent workers and volunteers, which now include questions about the pandemic context, and offering the possibility of a) doing the interviews remotely, via encrypted Zoom links using the university's secured institutional account (at least until the clinic reopens and it is safe to do face-to-face interviews); and b) filling out a weekly diary if this format is more appropriate for workers and volunteers;
2. the addition of secondary (numerical) data on the living conditions and health of UBMs, transmitted by *Médecins du Monde's* UM program;
3. the addition of secondary (textual) data on the adaptation of care and advocacy operations of the *Médecins du Monde's* UM program, transmitted by the latter.

Qualitative data (1. ; 3.) will be analyzed in the same way as planned originally. Quantitative data (2.) will be subject to descriptive statistical and time series analysis.

For this amendment, social and health permanent workers and volunteers will be informed of the revised study and recruited by the *Médecins du Monde* program coordinator (permanent staff) during routine meetings of the program. Permanent staff members and volunteers interested to participate in the study will be invited to contact

Submit by email to lynda.mcneil@mcgill.ca.

REB Information: (tel: 398-6831/6193; www.mcgill.ca/research/research/compliance/human)
(updated December 2018)

the PI (LG) by email to discuss and plan for their participation. LG will in turn send the information and consent form by email to the potential participants and make sure they have read and understood the purpose of the research, the conditions of their participation to the study, and their rights prior to offering to interview them.

Upon initial agreement, the date and time of their participation will be set by the potential respondent in coordination with the interviewer (LG or co-investigator J-DP). Completed consent forms will be sent back to the PI (LG) electronically by participants prior to the interview date, encrypted and securely stored on the PI's hard drive (password-protected).

Protective measures will be offered in the event that certain questions asked to the social and health permanent staff and volunteers are sensitive: the interview may be interrupted and the interviewer (LG) may, at the participant's request, refer him/her to *Médecins du Monde's* UM program coordinator to provide psychological support, if necessary. Any identifying data from participants (volunteers or permanent staff of *Médecins du Monde*) or on UMs that would be mentioned in diaries or interview transcripts will be replaced as follows:

- Names replaced by two-digit codes (11 to 99)
- Any other identifiable data (country of origin, organization) will be replaced by a three-digit code (111 to 999 for the country of origin and three capital letters AAA to ZZZ for organizations).

Audio and video recordings of online (and, if possible, face-to-face) interviews (raw data) will be stored in the microphone disk space (original copy), on the PI hard drive (password protected) and on an external storage space (Nextcloud) requiring authentication and a password known only to the PI (LG) and Co-Investigator who will also participate in the qualitative data collection in Paris (J-DP).

Diary entries (Word version or PDF scan) completed by *Médecins du Monde* volunteers and staff will be encrypted with a password before being sent, a password known only to the sender (*Médecins du Monde* volunteer/permanent staff member) and the recipient (LG or J-DP). Once received in the investigator's (institutional, therefore secure) mailbox, each diary entry will be stored on an external storage space (Nextcloud) requiring authentication and a password known only to the PI (LG) and the co-investigator (J-DP). To ensure secure transmission and storage, the same procedure will be followed for routine documentation collected from the UM program of *Médecins du Monde* and follow-up reports (encrypted with password) and securely transmitted by *Médecins du Monde* staff to the principal investigator (LG) and co-investigator (J-DP).

2) Attach relevant additional or revised documents such as questionnaires, consent forms, recruitment ads.

Appendix 1. Modified information form

Appendix 2. Modified interview guide

Appendix 3. Canvas for weekly diary (French version)

Principal Investigator Signature: _____

Date: 4 June 2020

Faculty Supervisor Signature: _____

Date: 2020-06-08

(for student PI)

Submit by email to lynda.mcnell@mcgill.ca.

REB Information: (tel: 398-6831/6193; www.mcgill.ca/research/research/compliance/human)
(updated December 2018)

For Administrative Use

REB#: 19-11-045 (0820)

This amendment request has been approved. Final approved consent version Sept-08-2020

Signature of REB Chair/ delegate: lynda.mcneil@mcgill.ca Digitally signed by
lynda.mcneil@mcgill.ca
DN: cn=lynda.mcneil@mcgill.ca
Date: 2020.09.08 15:03:47 -0400 Date: _____

Project Approval Expires: February 15, 2021 **Renewed, until Feb 15, 2022**

Submit by email to lynda.mcneil@mcgill.ca.

REB Information: (tel: 398-6831/6193; www.mcgill.ca/research/research/compliance/human)
(updated December 2018)

