

Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : 2019-2020

**La santé des Mineurs Non Accompagnés, l'épreuve
de l'accès aux soins : L'accompagnement aux
parcours de soins, un levier pour l'amélioration de la
santé des MNA**



Emilie FEYT

Novembre 2020

*Sous la direction de
Monsieur Simon COMBES*

Remerciements

Tout d'abord je tenais à remercier Sophie LAURANT, Coordinatrice du programme Mineurs Non Accompagnés (MNA) Paris de Médecins du Monde (MdM), qui m'a donné l'opportunité de réaliser ce stage de fin d'étude auprès de son équipe malgré le contexte sanitaire. Ensuite je souhaitais remercier Victoria NEGRE, Chargée de projet du programme MNA Paris qui m'a accompagnée durant toute ma période de stage que ce soit à distance ou dans les locaux de Médecins du Monde. Je remercie également l'ensemble de l'équipe du programme MNA, salariées et bénévoles pour m'avoir fait confiance et pour avoir participé de près ou de loin lors d'entretiens ou d'échanges informels à la capitalisation de la Permanence soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle. Je remercie également les jeunes accompagnés par le programme MNA d'avoir accepté ma présence lors de certaines de leurs consultations et les échanges que je leur ai proposé.

Je tenais également à remercier l'ensemble des partenaires du programme MNA d'avoir répondu positivement à ma demande d'entretien dans le cadre de la capitalisation d'expérience.

Ensuite, je tiens à remercier Alis SOPADZHIYAN, Enseignante chercheuse à l'EHESP pour son aide au cours de la phase d'élaboration du projet de mémoire, ainsi que Marie-Rénée GUEVEL et Jocelyn RAUDE, Responsables du master mention santé publique parcours promotion de la santé (PSP) pour leur accompagnement tout au long de cette année de master 2.

Je tenais également à remercier, Éric LE GRAND, Professeur affilié à l'EHESP ; Marion PORCHERIE, Ingénieure de recherche à l'EHESP et Benjamin SOUDIER, Chef de projet à la Société Française de Santé Publique pour leur apport méthodologique concernant la capitalisation d'expérience.

Et pour finir, je tenais à remercier Simon COMBES, Enseignant chercheur à l'EHESP, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour sa disponibilité et son accompagnement tout au long de mon stage dans l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
I- LA SANTE DES MNA : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE	4
1- Qui sont les MNA ?	4
<i>a. Définitions</i>	4
<i>b. La vulnérabilité de l'adolescence conjuguée à la condition de vie des MNA</i>	5
<i>c. Un besoin de santé identifié</i>	7
2- L'épreuve de l'accès aux soins	8
<i>a. Une prise en charge possible par l'ASE</i>	8
<i>b. La non-reconnaissance de la minorité, source d'inégalités sociales de santé</i>	11
3- La France, un système de solidarité parfois insuffisant complété par l'action des associations	13
<i>a. Des politiques publiques de lutte contre l'exclusion</i>	13
<i>b. La promotion de la santé et l'accès aux soins des MNA</i>	14
<i>c. Médecins du monde, une association engagée dans l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilités</i>	17
<i>d. Le parcours de soins : un levier pour l'accès aux soins</i>	20
II- METHODOLOGIE : CAPITALISER POUR METTRE EN LUMIERE UN DISPOSITIF	23
1- Les objectifs de la capitalisation	23
2- Un recueil de données à double fonction	24
3- Forces et faiblesses de la méthodologie	27
III- UN DISPOSITIF DE SOUTIEN AUX PARCOURS DE SOINS DEDIE AUX MNA, A LA FOIS SOURCE D'EMPOWERMENT ET TMOIGNANT D'UN BESOIN DE SANTE MAJEUR	29
1- Un espace favorable à la santé contribuant au développement du pouvoir d'agir	29
<i>a. L'activité de la permanence</i>	29

<i>b. La littératie en santé au cœur de la permanence « parcours de soins »</i>	34
<i>c. La prévention naturellement traitée dans le parcours de soins</i>	37
<i>d. Difficultés rencontrées et perspectives</i>	38
2- Une coordination interne et externe aux effets positifs sur l'accès aux soins et aux droits des MNA	40
<i>a. Un fonctionnement interne permettant une meilleure continuité des soins</i>	40
<i>b. Une coordination externe permettant l'interconnaissance des acteurs et une prise en charge globale des MNA</i>	43
<i>c. Un partenariat favorisant la visibilité de la problématique des MNA</i>	46
CONCLUSION	49
RETOUR D'EXPERIENCE	52

Liste des sigles utilisés

AME : Aide Médicale de l'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Assistante Sociale

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASO : Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-c : Couverture Maladie Universelle-complémentaire

CSS : Complémentaire Santé Solidaire (2016)

DPI : Dossier Patient Informatisé

IDF : Ile De France

MdM : Médecins du Monde

MDS : Migration Droit Santé

MIE : Mineurs Isolés Etrangers

MNA : Mineurs Non Accompagnés

MSF : Médecins Sans Frontière

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PUMa : Protection Universelle Maladie (2016)

TdR : Termes de référence

INTRODUCTION

Depuis le début de la crise sanitaire liée à la COVID 19 de nombreuses Organisation Non Gouvernementale (ONG) nationales tentent d'alerter sur les risques concernant les personnes les plus précaires et vivant à la rue, dans les squats ou les bidonvilles (IREPS ARA 2020). Le 6 avril 2020, 36 Associations et syndicats dont Médecins du Monde (MdM) s'associent à 88 avocats d'enfants et s'adressent par une lettre ouverte au 1er ministre afin de l'alerter sur la situation dramatique de nombreux mineurs isolés (Ligue des droits de l'Homme 2020). En effet, l'épidémie de Covid-19 a fortement aggravé les conditions de vie de ces jeunes dont l'état de santé était déjà fragilisé. Cette crise sanitaire inédite, les a privés, en grande partie, du soutien que leur fournissaient les associations et les permanences juridiques, elle a rendu difficile l'accès à certains services administratifs et à de nombreux tribunaux pour enfants. Dans cette lettre, plusieurs mesures sont proposées pour que ces jeunes ne soient pas oubliés dans la gestion de cette crise. Les propositions visaient à ce que durant l'état d'urgence et après celui-ci, aucun enfant ne soit contraint de passer ses nuits à la rue dans des conditions inhumaines.

Cette problématique d'accès à une protection pour les mineurs isolés existait déjà bien avant la crise sanitaire et perdure aujourd'hui. En effet, au cours des dernières années, des migrations importantes de personnes se sont succédées en Europe et en France. La part des enfants parmi les personnes exilées dans le monde a fortement augmenté depuis vingt-cinq ans : aujourd'hui, plus de la moitié de ces personnes sont des enfants. Selon l'UNICEF, en Europe, les enfants représentent 1/3 des personnes exilées (UNICEF 2017). Parmi les mineurs migrants arrivant en Europe, un certain nombre d'entre eux se trouve seul sur le territoire, sans parents ou sans représentant légal : ce sont les mineurs non accompagnés (MNA). Dans son rapport annuel d'activité, le Ministère de la Justice évalue à 17 022 le nombre de personnes déclarées MNA en 2018 contre 14 908 en 2017 et 8 054 en 2016 (Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse 2019). Ces chiffres ne sont qu'une estimation, car ils ne concernent que les mineurs reconnus par l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Selon une enquête faite auprès de l'Assemblée des départements de France (ADF), les conseils départementaux auraient réalisé environ 54 000 évaluations médico-sociales en 2017 (Inspection Générale des Affaires Sociales et al. 2018). En effet, pour que les mineurs soient pris en charge par les services de protection de l'enfance leur minorité et leur isolement doivent être prouvés lors d'une évaluation médico-sociale réalisée par les conseils départementaux. Certains territoires ont été plus impactés que d'autres par l'arrivée croissante de ces mineurs et n'ont plus été en mesure de remplir leurs missions,

par manque de moyens. L'État a instauré un protocole d'évaluation et d'orientation nationale, précisé dans la circulaire de la ministre de la Justice Madame Taubira, du 31 mai 2013, et validé par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, pour répartir plus équitablement la charge de cet accueil sur l'ensemble des départements, garantir la protection de ces jeunes et harmoniser les procédures. Malgré ces mesures, de nombreux jeunes restent en dehors des systèmes de protection. La cellule nationale des MNA du ministère de la Justice estimait en 2017 à 57% le nombre de MNA non reconnus mineurs à l'issue de cette première évaluation (Hourdet et al. 2020). Dans ces programmes Médecins du Monde, a reçu plus de 1 800 MNA en 2018 (Médecins du Monde 2018), la majorité de ces jeunes sont non reconnus mineurs ou isolés à l'issue de cette évaluation.

Ces jeunes font généralement appel après cette décision devant le juge des enfants. Cette procédure peut durer plusieurs mois et leur statut administratif reste indéterminé, ni mineurs ni majeurs. Dans ces circonstances, leurs conditions de vie se retrouvent extrêmement précaires et l'accès aux soins est entravé. Cette absence de protection et de prise en charge engendrent une grande vulnérabilité, et un accès difficile aux droits fondamentaux.

Il semble alors indispensable de s'interroger sur l'accès aux soins de ces MNA et plus largement à leur état de santé. Dans ce mémoire, on s'intéressera uniquement aux MNA non pris en charge par l'ASE, c'est-à-dire aux jeunes reconnus majeurs par l'ASE. L'accès aux soins et aux droits des MNA est un parcours semé de nombreux obstacles. L'association Médecins du Monde (Mdm) tente depuis plusieurs années d'améliorer l'état de santé de cette population en favorisant leurs accès aux soins et à leurs droits par des actions menées au sein de programmes qui leur sont dédiés. Le programme MNA Paris, propose aux MNA une prise en charge médico-psycho-sociale mettant tout en œuvre pour leur permettre d'accéder aux droits communs. Leur expérience auprès de ce public, leur a permis de mettre en évidence, un besoin des MNA de bénéficier d'un accompagnement dans leur parcours de soins. Dans cette logique, le programme MNA a mis en œuvre une Permanence de Soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle destinée aux MNA ayant engagé un parcours de soins dans le droit commun. Les effets positifs ont amené l'équipe du programme à capitaliser cette expérience. L'objectif de ce travail était de valoriser ce type d'accompagnement. Une partie des données recueillies pour la capitalisation a été analysée afin de répondre à la problématique suivante :

En quoi la permanence soutien aux parcours soins et prévention individuelle du programme Mineurs Non Accompagnés Paris s'apparente à un dispositif de promotion de la santé ?

D'abord, une synthèse de la littérature nous permettant de comprendre les difficultés d'accès aux soins des MNA sera présentée, puis nous verrons comment un accompagnement au parcours de soins, outil de promotion de la santé favorise l'accès aux soins des MNA. Et pour finir, une analyse du dispositif d'accompagnement aux parcours de soins mise en œuvre au sein du programme MNA Paris sera exposée.

I- LA SANTE DES MNA : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

Cette première partie expose les conséquences du cadre juridique et administratif sur l'accès aux soins des MNA puis la réponse de MdM face à un système de soins ne prévoyant pas d'accompagnement aux parcours de soins des MNA.

1- Qui sont les MNA ?

a. Définitions

L'Union Européenne, dans la directive conseil 2011/55/CE (article 2) désigne les MNA comme « les ressortissants de pays tiers ou apatrides âgés de moins de dix-huit ans qui entrent sur le territoire des États membres sans être accompagnés d'un adulte qui soit responsable d'eux, de par la loi ou la coutume en vigueur dans l'Etat membre concerné, et tant qu'ils ne sont pas effectivement pris en charge par une telle personne ; ou les mineurs qui ne sont plus accompagnés après leur entrée sur le territoire des États membres. » En 2016, la France dans la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (JORF n°0063 du 15 mars 2016 texte n°1 s. d.) remplace l'appellation Mineurs Isolés Etrangers (MIE) par MNA afin d'être en accord avec la définition de la situation des MNA posée par le Parlement européen. Cette catégorisation MIE qui était utilisée auparavant, était critiquée compte tenu de la mise en avant du critère d'extranéité. Aujourd'hui, l'utilisation de la notion MNA, permet de reconnaître avant tout que nous nous adressons à un public de mineurs et met donc l'accent sur la protection de l'enfance. Un « enfant non accompagné » est : « une personne âgée de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable, qui est séparée de ses deux parents et n'est pas prise en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire » (UNHCR 1997).

La notion d'isolement de l'enfant est définie par l'Article 1 de l'arrêté du 17 novembre 2016 relatif aux modalités d'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille qui indique qu'une « personne est considérée comme isolée lorsqu'aucune personne majeure n'en est responsable légalement sur le territoire national ou ne le prend effectivement en charge et ne montre sa volonté de se voir durablement confier

l'enfant, notamment en saisissant le juge compétent » (JORF n°0269 du 19 novembre 2016 et texte n° 25 s. d.).

Les MNA sont majoritairement des garçons (95,4% en 2018) âgés de 16 ans et plus (32,67% de jeunes de 15 ans, 44,04 % de 16 ans, 11,94% de 17 ans en 2018) venant principalement de la Guinée, la Côte d'Ivoire et du Mali (Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse 2019). 71,7 % d'entre eux sont en France depuis moins de trois mois.

Les raisons pour lesquelles ils décident de quitter leur pays d'origine sont multiples et souvent cumulatives : ils fuient la guerre, les conflits ethniques, la précarité sociale et économique, les discriminations, les violences et quittent leur pays pour survivre, trouver la sécurité et espérer un avenir meilleur. Ils n'ont pas tous de destination précise lors de leur départ et se déplacent en fonction des routes migratoires, des réseaux de passeurs, des opportunités ou des rencontres. Certains cherchent à rejoindre un membre de leur famille ou de leur communauté et continuent leur trajet migratoire en espérant retrouver un de leurs proches. D'autres sont influencés par les médias et les réseaux sociaux qui prônent le mythe de l'Occident, imaginant la France comme la porte d'une vie meilleure (Médecins du Monde 2018).

Au cours de leur parcours migratoire, de nombreux jeunes ont été victimes de violences physiques et psychiques extrêmes, à leur arrivée sur le territoire français cette violence se poursuit dans la rue. Du fait de leur minorité, de leur isolement, ces MNA représentent une population particulièrement vulnérable.

b. La vulnérabilité de l'adolescence conjuguée à la condition de vie des MNA

Vulnérables de par leur âge, oui les MNA sont des adolescents. Dans son rapport sur la santé pour les adolescents dans le monde, l'OMS précise que la santé durant l'adolescence a un impact sur toutes les étapes de la vie « en effet, des événements survenant à un moment de la vie peuvent influencer d'autres événements survenant à d'autres étapes. Ainsi, ce qui se passe au cours des premières années de la vie a un effet sur la santé et le développement des adolescents et, inversement, la santé et le développement pendant l'adolescence ont une incidence sur la santé des adultes et, au bout du compte, sur la santé et le développement de la génération suivante » (OMS 2014).

Si culturellement, la notion d'adolescence est peu présente chez les MNA, d'après les psychologues et psychiatres du programme MNA Paris, il ne faut pas oublier qu'ils restent des

jeunes de moins de 18 ans. Comme pour tous les enfants, l'adolescence est une phase sensible impliquant de nombreux changements physiques, psychosociaux, émotionnels et cognitifs (Sawyer et al. 2012) inquiétants, déclenchant des mécanismes de défenses spécifiques. Plus encore chez ce public ayant quitté son pays d'origine où la question de l'identité reste très marquée. Ils doivent s'adapter à ces changements afin de construire leur propre identité, développer un sentiment de compétence personnelle puis développer leur autonomie, leur indépendance sociale et émotionnelle (Bantuelle et Demeulemeester 2008). Ces changements peuvent générer des doutes et de l'instabilité les rendant plus influençables (Archimi et Delgrande Jordan 2014). Au cours de cette période, l'individu est en pleine construction de soi et donc plus vulnérable pour lutter contre les épreuves extérieures.

Aborder la notion de vulnérabilité, c'est parler d'exposition, de menace, de risque, de réduction de préjudice et de capacité (Adam 2017). La vulnérabilité peut être définie comme « un manque de ressources ou de conditions cadres, impactant la capacité individuelle à faire face à un contexte critique, en même temps que la capacité de saisir des opportunités ou d'utiliser des supports pour surmonter cette épreuve afin de maintenir une existence par soi-même » (Brodiez-Dolino 2015). Les MNA ont été et sont exposés à des facteurs de risques qui mettent à l'épreuve un certain nombre de leurs ressources. Les facteurs de risque peuvent être personnels, sociaux ou environnementaux. Christophe Adam, identifie cinq facteurs à l'origine d'un état de vulnérabilité (Adam 2017) :

- Un habitat précaire ou déficient
- La dépendance physique, psychique ou liée à une addiction
- La difficulté de communication ou de compréhension
- L'exposition à des violences directes ou indirectes
- L'absence de droits d'accès aux dispositifs de protection sociale

Chez les MNA, on observe un cumul de facteurs de risques (Médecins du Monde 2018) :

- La barrière linguistique et culturelle engendrant des difficultés de compréhension globale du fonctionnement du pays d'accueil en termes administratifs, économiques, sociaux et culturels.
- L'isolement amical et familial

- La prévalence de certaines pathologies telles que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite C (VHC), le virus de l'hépatite B (VHB) ou la tuberculose qui est particulièrement élevée dans les pays d'origine des MNA.
- Les causes du départ générant souvent de profondes souffrances.
- Les violences subies : certains jeunes subissent des violences graves dans le cadre de leur parcours d'exil pouvant générer d'importantes séquelles physiques et psychiques.
- Les conditions de vie en France ont des conséquences délétères sur l'état de santé des MNA souvent à la rue, ils sont exposés à de nombreux dangers (mauvaise alimentation, froid, violences, prostitution, trafics, addictions...).

L'ensemble de ces facteurs n'est pas présent de façon systématique chez tous les MNA. Néanmoins, leur identification met en évidence la nécessité de porter une attention particulière sur le bien-être de ce public et l'importance d'une protection globale dont la santé. Outre le fait que les questions de santé sont rarement prioritaires pour les MNA eux-mêmes, leurs besoins en matière de soins sont pourtant bien présents.

c. Un besoin de santé identifié

Aucune pathologie n'est propre aux personnes issues de la migration et donc aux MNA. Cependant, les différences de prévalences des affections expliquées par la région d'origine des MNA, le parcours d'exil, les conditions d'accès au système de santé et les conditions de vie font que les MNA sont davantage touchés par certaines maladies. Les médecins interrogés parlent souvent de la tuberculose, de l'hépatite B, de maladies dermatologiques telles que la gale, de traumatologie et de troubles psychiques. Les chiffres de MdM montrent que 100% des jeunes reçus dans leurs programmes MNA ont un problème de santé somatique et/ou psychique et que parmi eux 20 à 25% nécessitent une prise en charge hospitalière. 12 % des MNA sont concernés par des troubles d'ordre psychologiques ou psychiatriques aggravés par le refus de reconnaissance de la minorité (Médecins du Monde 2018). Dans son rapport d'activité de 2019, MdM répertorie les principaux motifs pour les 201 MNA ayant été reçus en consultation dans l'année : système digestif (34,3%), psychologie (24,9%), problème de peau (14,6%), problème aux yeux (14,6%), général ou non spécifié (12,9%), ostéoarticulaire (12,4%), respiratoire (12,4%), neurologique (11,2%) (Médecins du Monde - Délégation IDF 2019). 36% de ces consultations ont mené à des orientations pour une prise en charge hospitalière en soins curatifs

ou soins préventifs. Ces chiffres illustrent les besoins importants de soins des MNA, des soins qui ne doivent pas s'arrêter aux traitements curatifs mais devant intégrer la prévention comprenant notamment les dépistages, la vaccination, l'éducation pour la santé et une prise en compte de la santé mentale (Médecins du Monde - Délégation IDF 2015).

Ces adolescents non accompagnés ne bénéficient d'aucune mesure de prévention en santé ni de soutiens psychosociaux dans le droit commun. Or les chiffres, ci-dessus indiquent la nécessité d'un suivi global en santé pendant l'accès aux soins et la continuité du parcours de soins des MNA restent complexes. Le système de santé a donc un rôle majeur à remplir pour améliorer la santé de ces adolescents en situation de vulnérabilité. En effet, la non prise en compte de leurs besoins somatiques et psychiques est tant une problématique de santé individuelle que collective, pouvant engendrer des problèmes de santé à court terme et à long terme à l'âge adulte. Prévenir la santé des MNA est donc un enjeu majeur de santé publique.

2- L'épreuve de l'accès aux soins

a. Une prise en charge possible par l'ASE

Selon l'article 20 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) établie en 1989 : « Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'Etat » (Organisation des nations Unies 1989). Par la signature de cette convention, la France se doit de protéger tous les mineurs présents sur son territoire.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance précisait déjà en s'inspirant de la CIDE que « [...] la protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés [...] de leur famille et d'assurer leur prise en charge ». Ensuite en 2016, la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant vient appuyer l'idée que tout mineur en danger relève de la protection de l'enfance : « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public ».

Par ces textes de lois, nous voyons que le cadre législatif français prévoit que tout mineur en danger, français ou étranger doit bénéficier des dispositifs de la protection de l'enfance qui sont une compétence départementale assurée par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

De par leur isolement sur le territoire, les enfants et adolescents non accompagnés doivent être considérés comme étant en danger. Les MNA relèvent donc des dispositifs de la protection de l'enfance. Malgré ce cadre législatif, leur accès aux dispositifs de protection de l'enfance reste extrêmement compliqué.

Pourquoi l'entrée dans ces dispositifs semble si compliquée ? Le schéma suivant permet de mieux comprendre le dispositif d'entrée à la protection de l'enfance.

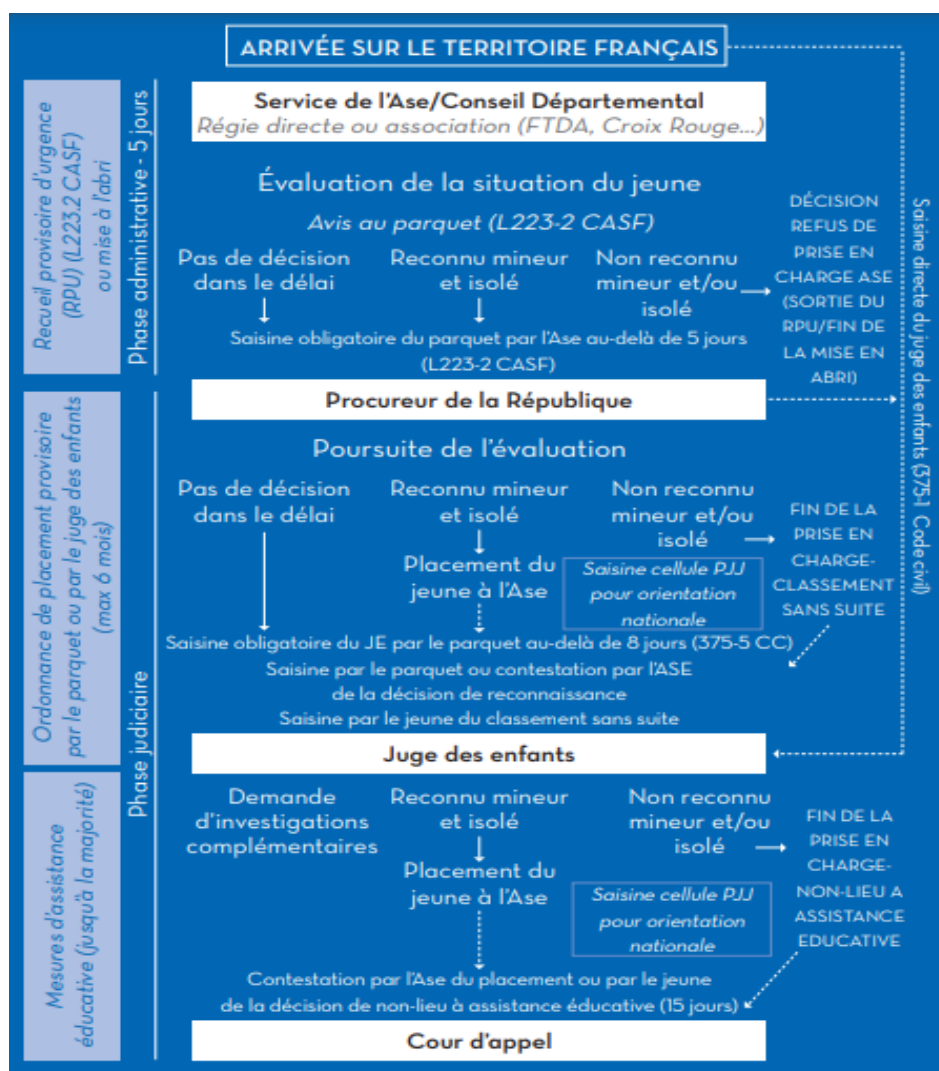


Figure 1 Le parcours administratif et Judiciaire des MNA

Source : https://www.gisti.org/IMG/pdf/guide_mna-mdm_partenaires.pdf

Avant de pouvoir être pris en charge et orientés par l'ASE, les MNA doivent être mis à l'abri et leur situation évalués comme le reprend la figure ci-dessus. Quand un jeune se présente comme un MNA une procédure de mise à l'abri et d'évaluation est mise en place par le Conseil Départemental (CD) du lieu où le jeune se trouve. La mise à l'abri est une prise en charge administrative qui peut durer jusqu'à cinq jours. Elle permet une protection aux jeunes se déclarant MNA, le temps que la protection de l'enfance procède à l'évaluation confirmant ce statut. En réalité, face à un phénomène migratoire en constante augmentation et à la saturation des dispositifs de la protection de l'enfance, les départements ne parviennent pas toujours à remplir cette obligation. Dans ce cas, à l'issue des 5 jours de mise à l'abri, les jeunes retournent à la rue sans protection en attente d'évaluation de leur situation. L'évaluation a pour but d'apprécier la minorité et l'isolement des MNA, elle doit être réalisée au cours de la période de mise à l'abri par les services du département ou par d'autres structures du secteur public ou associatif auxquelles la mission d'évaluation a été déléguée par le président du CD.

Comment est établie cette minorité ? L'évaluation de la minorité repose sur l'étude des documents d'état-civil, une évaluation sociale et en dernier recours, un test osseux. Malgré les avis en défaveur du recours au test osseux par le Comité consultatif national d'éthique, le Haut Conseil à la santé publique et le Comité du droit des enfants des Nations unies, celui-ci est toujours légal en France alors que les erreurs de mesures sont connues (Revault 2017). De plus, peu de jeunes peuvent présenter des documents, soit parce qu'ils n'en possèdent pas, soit parce qu'ils n'ont pu les conserver au cours de leur trajet migratoire. Cependant, quand ils peuvent les présenter, ceux-ci sont systématiquement remis en cause comme n'étant pas fiables, ou falsifiés ou ne leur appartenant pas. Quant à l'évaluation de l'isolement, la notion d'isolement doit être comprise au strict sens juridique du terme défini par l'Article 1 de l'arrêté du 17 novembre 2016 relatif aux modalités d'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille.

A l'issue de l'évaluation,

- Soit le jeune est reconnu MNA, il relèvera alors de l'ASE et sera protégé jusqu'à sa majorité
- Soit il n'est pas reconnu MNA, il se retrouve sans protection en raison de l'absence de reconnaissance de sa situation de MNA.

A la suite de cette décision, les jeunes ont la possibilité de faire un recours en s'adressant directement au juge des enfants. La durée de la phase de recours est très variable, elle peut durer

plus de 6 mois. Un refus définitif de minorité, entraîne un refus d'accès aux dispositifs de protection de l'enfance et laisse les jeunes dans une situation administrative complexe : non reconnus mineurs par l'ASE, mais ne devenant pas pour autant majeurs, ils se trouvent alors aussi exclus des dispositifs de prise en charge pour adultes. Cette non-reconnaissance engendre de nombreuses complications pour ces jeunes en situation de grande vulnérabilité notamment sur le volet de l'accès aux soins.

b. La non-reconnaissance de la minorité, source d'inégalités sociales de santé

Une des conséquences majeures de la non-reconnaissance de la minorité est la non-protection. En effet, le droit commun ne prévoit aucune forme de protection durant cette période, les MNA se retrouvent dans un vide juridique, considérés ni mineur ni majeur, ils n'ont accès à aucune aide. Ils restent à la rue car ils se voient refuser l'accès aux services dédiés aux majeurs sur le motif qu'ils sont mineurs d'après leur date de naissance. La zone de non-droits, dans laquelle ils se trouvent, se répercute sur leur accès aux soins. Considérés ni mineurs, ni majeurs, leur prise en charge est souvent incomplète, retardée et discontinuée. De plus, ils rencontrent de nombreuses difficultés dans les démarches pour obtenir une couverture sociale. Pour cela ils doivent être domiciliés et fournir des papiers d'identité souvent remis en cause par l'institution alors qu'en tant que mineur ils n'ont pas à justifier d'un titre de séjour pour être en situation régulière sur le territoire français et n'ont pas besoin de fournir un tel titre pour bénéficier de l'assurance maladie d'après l'article L311-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. En effet, la France se doit de garantir l'accès aux soins et à une protection pour tous les mineurs sur son territoire selon la CIDE : l'article 24, dispose : « les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services » et prévoit même dans son article 26 l'accès à la sécurité sociale : « Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale » (Organisation des Nations Unies 1989).

L'accès aux soins des MNA est conditionné à l'affiliation à une protection maladie et contraint par l'autorisation donnée aux parents ou tuteurs légaux du mineur. En effet, la protection maladie des MNA dépend de leur statut.

S'ils sont **pris en charge par les dispositifs de l'ASE ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)**, ils ont le droit à la Protection Universelle Maladie (PUMa) (anciennement Couverture Maladie Universelle) et à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) (anciennement CMU complémentaire) comme tout autre mineur dans cette situation. Elle assure la prise en charge des frais de santé et la gratuité de la part complémentaire. Elle les dispense de l'avance de frais et présente l'intérêt d'une autonomie décisionnelle à partir de 16 ans en l'absence de représentant légal (InfoMIE 2016).

S'ils sont **hors des dispositifs de l'ASE ou de la PJJ**, ils n'ont droit qu'à l'Aide Médicale de l'Etat (AME) et sont donc assimilés à des étrangers en situation irrégulière alors qu'ils ne sont pas soumis à l'obligation de détenir un titre de séjour, ils ne devraient donc pas être considérés en situation irrégulière sur le territoire français (InfoMIE 2016). L'AME donne accès à une prise en charge des dépenses de santé et les dispense de l'avance de ces frais, sur présentation de la carte, cependant le panier de soins auquel ils ont accès est moins important que celui accessible avec la PUMA/CSS et ne permet pas l'autonomie décisionnelle.

L'accès aux soins des MNA est également contraint par l'autorisation parentale ou des tuteurs légaux du mineur. En principe, un acte médical ne peut être accompli sur un mineur sans le consentement de son tuteur légal : pour être soignés, ils doivent être accompagnés de leur représentant légal comme l'indique l'article R4172-42 du Code de santé publique : « un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement ». Sans ce consentement, les soins ne peuvent être prodigués aux MNA. Cependant, des dérogations existent quand les actes médicaux sont indispensables pour sauvegarder la santé des MNA selon l'article L1111-5 du Code de la santé publique. Les MNA peuvent donc bénéficier de soins sans consentement de leurs représentants légaux, mais uniquement dans le cadre d'un traitement ou d'une intervention nécessaire pour sauvegarder leur santé. L'accès aux soins n'est donc pas complet, ils rencontrent alors d'importantes difficultés à accéder au système de santé de droit commun.

3- La France, un système de solidarité parfois insuffisant complété par l'action des associations

a. Des politiques publiques de lutte contre l'exclusion

L'accès aux soins est une réelle problématique pour les MNA, accéder aux soins signifie avoir la possibilité de s'adresser aux services de santé dont on a besoin, cet accès comprend la notion d'accessibilité physique, financière et de connaissance de ces droits (Chambaud 2018). En France, pour favoriser l'accès aux soins, un programme de prévention et de lutte contre les exclusions a vu le jour avec la loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions qui précise que « La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation » et que « La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance ». Grâce à ce programme plusieurs dispositifs ont été mis en place :

- Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) sont des outils de coordination permettant un travail pluri partenarial afin de favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité (Bréchat 2012).
- Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), sont des cellules de prise en charge médico-sociales selon la circulaire du 17 décembre 1998 de la loi contre l'exclusion sociale, facilitant l'accès des personnes en situation de précarité au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels et associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social, situées à proximité ou dans les services d'urgence. Les PASS ont deux missions principales : permettre aux personnes en situation de précarité d'accéder à des soins, ainsi qu'à des traitements sans avoir à en avancer les frais et leur permettre d'ouvrir leurs droits en matière de couverture maladie et/ ou de prestation sociale et ainsi de pouvoir avoir accès à l'ensemble de l'offre de soins du système de santé.
- La Couverture Médicale Universelle (CMU), issue de la loi 99-641 du 27 juillet 1999, vise à assurer, à toute personne vivant de façon régulière sur le territoire français depuis plus de trois mois, une prise en charge des soins de santé par un régime d'assurance maladie. La

CMU « base » offre la même protection que la protection sociale des personnes affiliées au régime général. Cependant, les personnes ayant un faible revenu bénéficient d'une protection complémentaire avec la CMU complémentaire ainsi qu'une dispense d'avance de frais. Aujourd'hui, la CMU a été remplacée par la Protection universelle maladie, PUMA avec la loi de financement de la Sécurité sociale de 2016. L'objectif de la PUMA est d'assurer une prise en charge des dépenses de santé tout au long de la vie des assurés, malgré les changements de régime dans un souci de continuité de prise en charge. Les bénéficiaires éligibles à la PUMA sont les mêmes que pour la CMU base.

- L'AME, mise en place en même temps que la CMU, permet, sous conditions de revenus, un accès aux soins aux personnes étrangères ne disposant pas d'un titre de séjour résidant en France de manière stable depuis plus de 3 mois.

Malgré la mise en place de ces dispositifs, l'accès aux soins est toujours inégal en France. Comme expliqué précédemment, le statut administratif spécifique des MNA ne relevant ni des dispositifs pour mineurs ni des dispositifs pour majeurs ne facilite pas l'accès aux soins et renforce les inégalités sociales de santé car ils n'ont pas accès aujourd'hui à la même offre de soins que tous les jeunes de leur âge. De plus, les MNA non reconnus par les dispositifs de l'ASE peuvent bénéficier que de l'AME ce qui ne leur permet pas de bénéficier du dispositif médecin traitant et parcours de soins prévus dans le cadre des autres types de protection sociale et les rend dépendant de l'accord d'un référent parental pour la réalisation de certains soins.

b. La promotion de la santé et l'accès aux soins des MNA

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est définie comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité ». Avec cette définition, nous considérons la santé des individus de manière globale avec une prise en compte de toutes les dimensions de la personne. De plus, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, précise que la santé « exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. » Or, les mineurs non accompagnés non pris en charge par l'ASE ne bénéficient d'aucuns de ces

préalables indispensables au maintien et à l'amélioration de leur santé ce qui entraîne des conséquences désastreuses sur leur santé. Ces définitions mettent en avant les multiples facteurs pouvant influencer positivement ou négativement la santé, elles permettent également d'identifier un lien entre santé et précarité. En effet, la Charte d'Ottawa précise que, pour être en état complet de bien être, des prérequis sont indispensables comme avoir un logement et un emploi. La Fondation Abbé Pierre identifie ces deux éléments comme des facteurs de précarisation (Fondation Abbé Pierre 2014).

La précarité est multifactorielle et le résultat d'un « enchaînement d'événements et d'expériences qui engendrent des situations de fragilisation économique, sociale et familiale » (Adam 2017). Elle semble se définir comme un état d'instabilité sociale caractérisé par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (Wresinski 1987). Les interactions entre les différentes composantes de la précarité sont complexes et s'entremêlent. Elles peuvent agir les unes sur les autres, en étant à la fois cause ou conséquence. « L'une des conséquences principales de toutes ces dimensions de la précarité qui s'associent diversement les unes avec les autres et se cumulent d'ailleurs très souvent, est un isolement important des migrants, notamment ceux ayant des problèmes de santé, avec une mise en état d'infériorité, et donc de soumission sociale. Cet état de soumission est, on le sait, un élément très péjoratif pour sortir des difficultés, car il brise les ressorts pour « s'en sortir » que ce soit pour des problèmes de santé ou de façon plus générale » (Bouchaud et Cha 2012). Toute forme de précarité joue un rôle sur la santé physique et psychique d'un individu. Les MNA, en plus de devoir faire face à cette précarité, rencontrent également d'autres difficultés qui peuvent être liées à leur parcours de vie.

La précarité n'est pas nécessairement synonyme d'Inégalités Sociales de Santé (ISS) cependant des études ont montré que les personnes en situation de précarités ont tendance à moins recourir aux soins (Micheletti 2017). Depuis plusieurs années, la lutte contre les ISS est un enjeu de santé publique. Selon l'OMS, les ISS sont « les différences en ce qui concerne l'état de santé ou la répartition des ressources entre différents groupes de population qui découlent des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et

vieillissent. » Elles sont présentes dans la société selon un gradient social : la plupart des indicateurs de santé (espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, santé perçue, adoption de comportements favorables à la santé, utilisation du système de santé...) se dégradent en allant des catégories sociales les plus favorisées aux plus défavorisées. Ces différences dans le domaine de la santé sont considérées par l’OMS comme inacceptables et potentiellement évitables car elles ne relèvent pas des facteurs non modifiables, relatifs aux caractéristiques personnelles des individus comme l’âge ou les gènes mais dépendent largement des déterminants sociaux de santé (Harpet 2017).

En agissant sur les déterminants sociaux de la santé, la promotion de la santé est un moyen incontournable dans la réduction des ISS, en effet selon la Charte d’Ottawa la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l’améliorer (OMS 1986). Selon l’OMS, les déterminants de la santé sont « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l’état de santé des individus ou des populations ». Dans le rapport de Lalonde, sont identifiées quatre grandes familles de déterminants, à savoir la biologie humaine, les facteurs environnementaux, les habitudes de vie, et l’organisation des soins de santé.

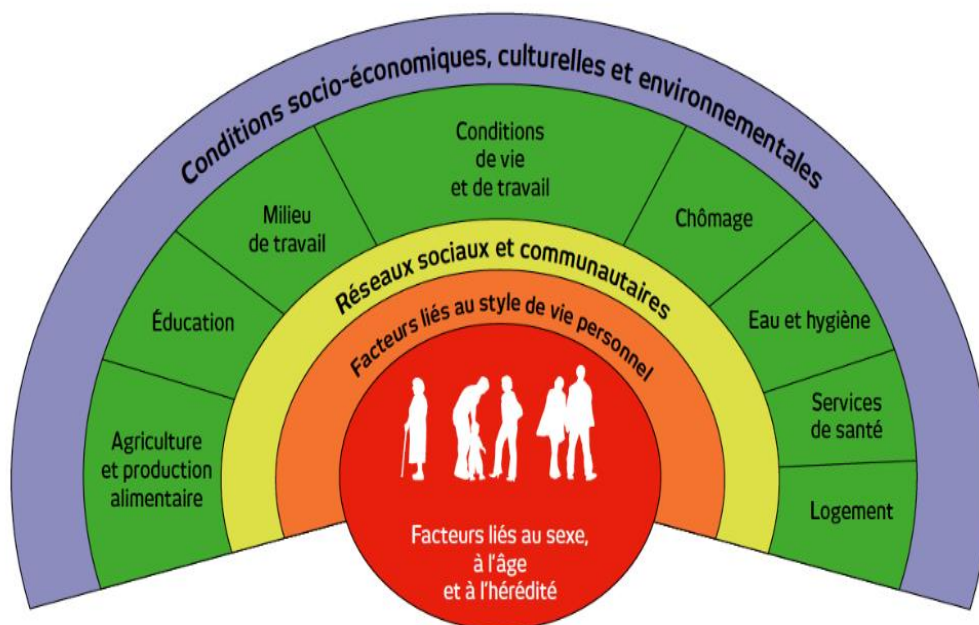


Figure 2 Les principaux déterminants de la santé selon Dahlgren et Whitehead

Il existe également le modèle de Dahlgren et Whitehead (Figure 2) qui explique l'influence de nombreux facteurs ayant des effets sur la santé et sur lesquels il est possible d'agir. Ils les séparent en 5 niveaux (Dahlgren et Whitehead 1991) :

- La partie centrale correspond aux facteurs non-modifiables tels que les caractéristiques personnelles des individus comme l'âge ou les gènes.
- Le premier demi-cercle montre l'effet des comportements individuels sur la santé.
- Le deuxième demi-cercle montre les effets liés aux relations sociales, aux réseaux sur lesquels les individus peuvent compter, qui peuvent constituer un soutien psychologique.
- Le troisième demi-cercle est relatif aux conditions matérielles et structurelles locales influençant l'état de santé comme la qualité d'un logement ou l'accès à l'emploi.
- Le dernier demi-cercle indique les conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales nationales voire internationales, sur lesquelles les individus ont peu d'influence.

Favoriser l'accès aux soins en transformant le système de soins et de prévention est l'un des leviers pour réduire les ISS. Cependant cette action menée seule n'aura qu'un faible impact sur la santé des populations car on considère que l'amélioration du système de soins impacte peu les variations d'état de santé. Ainsi, la prise en compte des autres déterminants est nécessaire (Bréchat 2012).

C'est ce que tente de faire Médecin du monde par son engagement auprès des populations précaires et par son militantisme. La mise en lumière des difficultés d'accès aux soins persistantes en France malgré l'existence d'un système de protection sociale et la prise en compte des personnes dans leur globalité permet l'identification de problèmes sanitaires émergents et la proposition de réponses qui sont parfois transférées dans le système de santé de droit commun (Corty et Bernard 2012).

c. Médecins du monde, une association engagée dans l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilités

Médecins du Monde est une organisation médicale de solidarité internationale née en 1980, qui a débuté ses actions en France en 1985 afin d'aider les populations les plus vulnérables et témoigner de leur état de santé. Elle n'est pas une auxiliaire d'État et fonctionne

de manière indépendante ce qui lui permet de développer des actions et des plaidoyers relevant des registres socio-sanitaire et juridique (Corty et Bernard 2012).

Depuis 2015, la délégation IDF de MdM a développé un programme destiné aux Mineurs Non Accompagnés (MNA) afin de répondre au nombre croissant de MNA en demande de prise en charge médicale dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de MDM en IDF. Ce programme s'inscrit dans l'axe Migration Droit Santé (MDS) du projet associatif de MdM et vise à améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale des MNA. Il est à destination des MNA dont la reconnaissance de minorité a été déboutée et qui sont donc en dehors des dispositifs de protection de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), et qui expriment un besoin en santé somatique et/ou psychique. Cette non-reconnaissance, comme nous l'avons vu précédemment prive ces jeunes tant des dispositifs d'aides destinés aux mineurs qu'à ceux destinés aux majeurs. A la rue, ils doivent tenter de s'insérer dans une société qu'ils ne connaissent pas ou peu et cela dans un contexte de grande précarité. Les conditions de vie de ces mineurs sont très difficiles, ils peuvent être victimes d'agressions, de la traite des êtres humains : prostitution, esclavage moderne ; étant plus vulnérables face aux comportements addictifs et touchés par les conditions climatiques, l'ensemble de ces risques contribue à la dégradation de leur état de santé. Aucune réponse n'est apportée à leur besoin en santé ce qui accroît davantage leurs vulnérabilités. Ainsi sur l'ensemble des jeunes reçus dans le programme en 2017 et 2018, 28% ont été orientés vers une prise en charge hospitalière pour des besoins en santé somatique, et 32% vers une prise en charge par les psychologues et psychiatres du programme pour des besoins en santé psychique (Médecins du Monde - Délégation IDF 2018). Le programme MNA Paris, par son expertise et ses actions en direction des MNA dans le champ médico-psycho-social, tente d'améliorer l'accueil de ces jeunes dès leur arrivée en France et de favoriser leur accès aux soins et aux droits.

L'équipe du programme est composée de 27 bénévoles et de 3 salariées apportant une aide directe à travers des consultations médicales, des consultations de santé mentale et des consultations sociales (permettant notamment l'ouverture des droits à l'AME) réalisées dans le centre de soins parisien de MdM, dans une logique de soins préventifs et curatifs. Ces consultations permettent de faire un diagnostic et d'orienter les jeunes vers le droit commun si un besoin de prise en charge hospitalière est nécessaire.

Le programme a fonctionné pendant 2 ans sur ce modèle. Cependant, en raison de nombreux obstacles dans le droit commun, une part importante de jeunes, ne parvenant pas à accéder aux

soins ou à les poursuivre, fut observée par l'équipe du programme. En réponse à cette problématique, l'équipe du programme MNA a décidé en 2017, d'ouvrir une consultation spécifique dédiée à l'accompagnement du parcours de soins, la Permanence Soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle.

Cette permanence a permis dans un premier temps de limiter la fuite d'informations concernant le volet médical et de permettre aux jeunes d'avoir un interlocuteur adapté. Via cette permanence, les jeunes sont accompagnés dans leur parcours de soins et préparés à être autonomes dans la prise en charge de leur santé. Deux médecins sont en charge alternativement de la permanence qui a lieu tous les mercredis matin. Les MNA engagés dans un parcours de soins au sein du droit commun, sont reçus individuellement par un des médecins dédiés pour répondre à toutes leurs questions sur leurs pathologies et/ou sur leur parcours de soins. Le médecin réexplique au jeune les causes, les conséquences de sa ou ses pathologies, et favorise sa réassurance. En effet, l'annonce d'une pathologie nécessitant parfois un suivi hospitalier au long cours (ex : tuberculose, hépatite virale) peut provoquer de l'anxiété. Ces jeunes, isolés et en situation d'extrême précarité, rencontrent des difficultés à poursuivre les démarches concernant leur santé. Ces démarches sont souvent complexes et d'autant plus sans référent parental pour autoriser les soins. Cette permanence permet de les informer, de les accompagner dans leur parcours de soins, de renforcer l'adhésion du jeune, de coordonner les soins afin d'éviter tout renoncement aux soins ou mauvaise observance des traitements. Cette permanence prévoit également un volet sur la prévention en santé individuelle et personnalisée selon la situation et la pathologie du jeune. Y sont notamment abordées les précautions à prendre pour éviter certains risques (ex : infections sexuellement transmissibles) pour lui et pour les autres en lien avec la ou les pathologies diagnostiquées ainsi qu'avec l'évolution de celle(s)-ci.

En 2018, la permanence concernait 8% des MNA de la file active soit 23 MNA sur 301¹ et en 2019 17% des MNA de la file active ont été vus en consultation parcours de soins soit 34 MNA sur 201². En 2019, on observe une file active moins importante qu'en 2018, car le programme avait suspendu une partie de ses actions afin d'auto-évaluer les missions menées depuis 2015. Même si la majorité des MNA du programme n'est pas concernée par la permanence, on peut voir que le nombre de jeunes concerné est en augmentation entre 2018 et 2019 ce qui montre l'importance d'un tel accompagnement. L'accompagnement aux parcours

¹ Rapport d'activité 2018 programme MNA Paris

² Rapport d'activité 2019 programme MNA Paris

de soins proposé aux MNA n'ayant pas accès à ce dispositif dans le droit commun semble favoriser l'accès aux soins et contribuer à promouvoir la santé de cette population particulièrement vulnérable.

d. Le parcours de soins : un levier pour l'accès aux soins

Le parcours de soins fait son apparition dans le système de santé français en 2004 à la suite de la loi n°2004- 810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il a pour objectif de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée. L'utilisateur doit désigner un médecin traitant qui sera consulté en priorité, notamment avant toute consultation d'un autre professionnel, pour des soins complémentaires ou des examens (DGOS 2020).

La création du parcours de soins répond à la progression du nombre de personnes souffrant d'une maladie chronique ou de personnes en situation de handicap. En effet, ces situations nécessitent un suivi à long terme, impliquant une prise en charge globale par divers acteurs. Ce qui nécessite une coordination des différents intervenants de la prise en charge du patient pour proposer le meilleur suivi possible et éviter les ruptures de prise en charge. L'instauration du parcours de soins contribue donc à l'amélioration du système de soins (Cargnello-Charles et Franchistéguy-Couloume 2019).

Le parcours de soins consiste également à diminuer les dépenses de santé, d'abord en responsabilisant les patients et ensuite en renforçant le rôle des médecins généralistes dans le système de santé avec un rôle de porte d'entrée (Bloch et Hénaut 2014). Il contribue à limiter la surconsommation de soins et les consultations inutiles chez les spécialistes. Ainsi, il est un levier pour la maîtrise des dépenses de santé. « Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels » (HAS 2014).

L'appellation « parcours de soins » peut paraître trop restrictive et trop tournée vers le soin, mettant de côté l'aspect social et environnemental alors que « parcours de santé », santé au sens de l'OMS, permet d'appréhender une prise en charge globale (Morel 2014). On pourrait définir le parcours de santé comme une prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une prise en compte de l'individu et de ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé,

du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les déterminants de la santé. La réussite d'un parcours de santé repose sur la participation et l'implication des patients et des usagers, sur l'intervention efficace et coordonnée de l'ensemble des acteurs concernés (ARS 2016). Christian Saout, ancien président du Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS), appuie l'intérêt du parcours de santé pour les usagers, en rappelant que le parcours de santé comporte notamment « l'information sur la maladie et les options thérapeutiques [...] le soutien [...] » (ARS 2016). En effet, l'accompagnement des personnes dans leur parcours de santé, dans une logique de responsabilisation et d'autonomisation, leur permet de maîtriser leur parcours et d'accéder à des informations leur permettant de faire des choix (Burgade 2014).

En plus d'avoir une fonction de réduction des coûts de santé, le parcours de soins semble avoir un réel intérêt pour l'engagement des personnes pour leur santé et permet une meilleure lecture du système de santé pour ces usagers.

Cette réflexion sur le parcours de soins amène de nombreuses interrogations concernant sa généralisation à l'ensemble de la population et plus encore aujourd'hui où les ISS ont tendance à se creuser davantage dans notre pays. La réduction des ISS étant une priorité de santé publique, nous pouvons nous interroger sur le rôle que peut jouer la généralisation d'un accompagnement aux parcours de soins dans une logique d'égalité ?

En considérant l'accompagnement aux parcours de soins comme une action pouvant contribuer à l'empowerment des populations, il semble intéressant de comprendre comment fonctionne l'accompagnement proposé au sein du programme MNA et comment cet accompagnement peut être source de son développement. Ce concept d'empowerment est défini comme un « processus qui développe les compétences des citoyens afin qu'ils puissent, collectivement, résoudre des problèmes et prendre des décisions de manière autonome » (Fetterman et Wandersman 2007). L'OMS, le définit comme « un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés accroissent la maîtrise des questions qui les concernent ». On peut donc dire que l'empowerment est une approche qui tend à donner aux populations, aux communautés, aux organisations plus de pouvoir d'action et de décision sur leur environnement et leur vie. Il paraît intéressant de faire le lien entre pouvoir d'agir et accompagnement aux parcours de soins. En effet, ces définitions permettent de mettre en évidence que pour développer l'empowerment, le renforcement des compétences des personnes est nécessaire afin qu'elles puissent agir sur leur environnement social et politique. Il semblerait que via un accompagnement aux parcours de soins, les personnes puissent développer leurs

compétences individuelles en matière de santé afin d’agir sur les déterminants de la santé. L’accompagnement aux parcours de soins proposé à MdM pourrait donc contribuer à la promotion de la santé des MNA.

Ce qui m’amène à me demander en quoi la permanence soutien aux parcours soins et prévention individuelle du programme Mineurs Non Accompagnés Paris s’apparente à un dispositif de promotion de la santé ?

II- METHODOLOGIE : CAPITALISER POUR METTRE EN LUMIERE UN DISPOSITIF

Cette réflexion sur l'apport d'un accompagnement aux parcours de soins chez les MNA ayant un besoin de prise en charge sanitaire s'inscrit dans le cadre de mon stage au sein du programme MNA Paris de MdM. Ma mission était de réaliser une capitalisation concernant la Permanence soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle du programme MNA. Au cours de ce travail de capitalisation j'ai pu concentrer ma réflexion sur le lien entre parcours de soins et promotion de la santé, ce qui m'a permis d'aboutir à ce mémoire.

1- Les objectifs de la capitalisation

Par définition, une capitalisation a pour objectif de transformer le savoir issu d'une expérience en connaissance partageable. Elle n'a pas pour but premier l'évaluation. En résumé, une capitalisation permet de comprendre une action tout en s'appuyant sur le discours des acteurs (Soudier et Le Grand 2020). Ici, la volonté de capitaliser émane d'abord de la coordinatrice du programme MNA qui souhaitait mettre en valeur un pan du programme MNA Paris. L'approche appliquée dans la Permanence Soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle donnant lieu à des résultats positifs a amené l'équipe à vouloir analyser et documenter cette expérience afin de valoriser cette pratique auprès des MNA.

L'objectif général de cette capitalisation était de valoriser l'accompagnement aux parcours de soins proposé au sein du programme MNA via la Permanence soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle à destination des MNA engagés dans un parcours de soins dans le droit commun. Plus spécifiquement les objectifs suivants étaient visés :

- Constituer une mémoire institutionnelle en documentant la mise en œuvre de cette pratique ;
- Identifier les points forts et les points faibles de la Permanence soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle ;
- Identifier les enseignements que l'on peut tirer de la mise en place de cette permanence afin de renforcer les pratiques professionnelles ;
- Étayer le plaidoyer en faveur de l'accès aux soins et aux droit des MNA en mettant en avant la plus-value de cette approche.

2- Un recueil de données à double fonction

La méthodologie retenue dans le cadre de la capitalisation cherchait à recueillir le savoir des acteurs du programme MNA, en couplant des outils qualitatifs et quantitatifs. Néanmoins, il semble important de préciser que ce travail fait principalement appel à des méthodes qualitatives. Ces méthodes ont l'avantage de permettre une description fine de l'expérience concernée (Soudier et Le Grand 2020). Dans un premier temps, elle s'est appuyée sur une analyse de l'ensemble des documents du programme MNA Paris ainsi qu'une revue de la littérature permettant de contextualiser la mise en œuvre de l'expérience à capitaliser.

Dans un second temps, une phase de préparation a été nécessaire pour construire les outils d'enquêtes et mieux comprendre le contexte du programme MNA Paris. Cette étape du travail s'est faite à distance en raison de la crise sanitaire, le télétravail étant imposé à l'ensemble des acteurs de MdM. Afin de bien saisir les enjeux du programme et de la prise en charge des MNA, j'ai réalisé des entretiens exploratoires avec chacune des salariées du programme et un entretien avec les médecins chargés de la permanence soutien au parcours de soins et prévention individuelle. Ces différents entretiens m'ont permis de rédiger les Termes de Références (TdR), outil méthodologique conseillé par MdM. Ce document s'apparente à un cahier des charges et permet de formaliser les objectifs de la capitalisation et la mise en œuvre de celle-ci. Il m'a permis également, avec l'équipe du programme, de définir le critère pour identifier les personnes à interroger. Les personnes sollicitées pour un entretien dans le cadre de la capitalisation devaient à un moment donné avoir contribué au parcours de soins des jeunes ou bien avoir été en lien avec la permanence. Avec tous ces éléments, j'ai pu construire mes outils d'enquêtes :

- Un guide d'entretien³ réalisé à l'aide du guide méthodologique « mener une capitalisation d'expérience » de Handicap International (Handicap International 2014). Les guides d'entretien ont été adaptés à chacun des interlocuteurs afin de recueillir au mieux leurs témoignages.
- Une grille d'observation⁴ permettant de cadrer l'observation de la permanence.

Ensuite j'ai élaboré une note de cadrage présentant de manière détaillée la mise en œuvre de la capitalisation et la formulation d'une orientation pour le travail final. Avec les acteurs

³ Voir annexe I

⁴ Voir annexe II

impliqués dans la capitalisation, nous avons fait le choix de nous demander comment un accompagnement aux parcours de soins chez les MNA contribue à améliorer leur santé et les rendre acteurs de leur santé. C'est à ce stade que j'ai pu commencer à faire le lien avec le travail universitaire demandé et envisager d'utiliser les données recueillies pour réaliser mon mémoire afin d'analyser cette permanence comme un dispositif de promotion de la santé.

➤ Détails des entretiens réalisés :

Acteurs du programme		
Intervenante terrain	Entretien exploratoire in situ	Salariée
Assistante sociale (AS)	Entretien exploratoire in situ	Salariée
Coordinatrice du programme	Entretien exploratoire in situ	Salariée
Médecins de la Permanence Parcours de Soins et Prévention Individuelle	1 entretien de groupe en visio	2 médecins bénévoles
Médecins généralistes du programme	1 entretien en groupe en visio	3 médecins bénévoles
Equipe psychiatre et psychologue	1 entretien en groupe et 1 entretien individuelle en visio	1 Psychiatre bénévole et 1 Psychologue bénévole 1 Psychiatre bénévole
Accompagnante	Entretien individuel en visio	Bénévole
Accueillante	Entretien individuel en visio	Bénévole

Partenaires du programme	
Travailleur social de la PASS Hôtel Dieu	Entretien individuel in situ
Intervenante santé du Comede	Entretien individuel téléphonique
Médecin de la polyclinique Baudelaire	Entretien individuel in situ
Médecin coordinateur de la PASS Hôtel Dieu	Entretien individuel téléphonique

En parallèle de ces entretiens de nombreux échanges informels ont eu lieu avec l'équipe m'apportant une meilleure lecture des enjeux du programme. Pour compléter le recueil de données, une réunion avec les médecins de la Permanence Soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle et avec l'intervenante terrain a eu lieu afin d'échanger sur les situations emblématiques des jeunes rencontrés au cours de la permanence. Ce temps d'échanges m'a permis de comprendre concrètement ce que font les médecins au cours de la permanence et a permis également aux médecins de prendre du recul sur leur pratique et de réfléchir à comment améliorer leur accompagnement. La méthode de l'observation participante a également été utilisée, malgré les conditions difficiles de reprise du programme MNA, afin de comprendre comment se déroule cette permanence et de saisir quels éléments rendent cet accompagnement spécifique et favorisent l'autonomie du jeune. Les observations ont été réalisées le 14 octobre 2020 à la reprise partielle du programme suite à un arrêt temporaire causé par la crise sanitaire, ce qui m'a permis d'observer 3 consultations.

Une analyse des documents internes et des outils en lien avec la Permanence Soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle a également été réalisée.

➤ Documents internes consultés :

- Rapports d'activités, Programme MNA délégation IDF de 2015 à 2019
- Documents de l'auto-évaluation du programme, Programme MNA délégation IDF, 2019
- Parcours d'un MNA à MDM⁵, Programme MNA Délégation IDF, 2018
- L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France - Cadre légal et dysfonctionnements, Médecins du Monde Direction des opérations France, octobre 2017
- Rapport - Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde en France, Direction des opérations France 2018
- Planification de projets de santé - Promotion de la Santé et Action Humanitaire, Médecins du Monde 2015

➤ Outils du programme utilisés pour l'analyse :

- **Dossier Patient Informatisé (DPI) :** *Quelle utilisation dans le cadre de la permanence ?*

⁵ Voir annexe III

- **Le protocole d'orientation médicale** : Classeur regroupant l'ensemble des démarches à suivre en cas d'orientation médicale vers les services de droit commun. *Comment cette bible médicale est utilisée par les médecins de la Permanence Soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle ?*
- **Les flyers de prévention et d'informations⁶** : Description, communication, explication des actions réalisées au sein du programme MNA Paris. Exemples de flyers utilisés au cours de la permanence : Qu'est-ce qu'une prise de sang ? - Explication du parcours de soins – Fonctionnement de l'hôpital – MST/IST – Toxicologie ... *Comment sont utilisés ces flyers ? Par qui ?*
- **Tableau de suivi de la permanence⁷** permettant d'analyser de manière quantitative l'activité de la permanence sur la période de janvier 2020 à Octobre 2020.

Dans un troisième temps, l'ensemble des données recueillies a été traité à l'aide d'une grille d'analyse⁸ ce qui m'a permis d'abord de proposer des résultats préliminaires à l'équipe impliquée dans la capitalisation puis de déterminer ensemble, les leçons apprises pour la rédaction du rapport final. L'analyse réalisée pour la capitalisation a été le point de départ de l'analyse faite pour ce mémoire. Néanmoins, au regard de la problématique choisie pour ce travail seulement une partie des données est mobilisée dans cet écrit.

3- Forces et faiblesses de la méthodologie

La diversité des méthodes de recueil de données et des personnes interrogées ont permis d'obtenir des données au plus proche de la réalité. L'ensemble de ces données croisé à une revue de la littérature, à l'analyse des outils du programme et aux échanges réguliers avec les acteurs du programme ont permis une interprétation de ce dispositif d'accompagnement.

Cependant, la crise sanitaire que nous traversons actuellement a demandé une adaptation de tous. En effet, la capitalisation a eu lieu durant une période où le programme a suspendu la quasi-totalité de ses actions. L'intégralité des acteurs du programme s'est mobilisée à distance pour continuer de répondre aux besoins des jeunes. Cette capitalisation n'étant pas une priorité il a fallu rallonger la phase de recueil de données afin de recueillir le ressenti d'un maximum

⁶ Voir annexe IV

⁷ Voir annexe V

⁸ Voir annexe VI

de personnes notamment des partenaires institutionnels du programme, qui eux aussi ont été impactés par cette crise sanitaire. Nous pouvons noter également que la phase de recueil de données coïncidait avec la période estivale ce qui n'a pas facilité l'accès au terrain. Je suis quand même parvenu à m'entretenir avec des médecins des deux PASS hospitalières, identifiés comme partenaires principaux ce qui permet d'avoir une vision globale des partenariats. L'observation participante n'aura pu être mobilisée qu'une seule fois à la reprise de la permanence soutien aux parcours de soins le 14 octobre 2020 auprès d'un seul des deux médecins de la permanence. Ces consultations ont concerné uniquement des jeunes ayant intégré le programme avant le confinement. Cette observation fut très riche, néanmoins je n'ai pu observer qu'une partie du travail réalisé. Ces observations n'ont donc pas vocation à généraliser la pratique observée au cours de ces 3 consultations.

De plus, ce travail mériterait d'être complété par des échanges avec des jeunes ayant bénéficié de la permanence. Le contexte actuel a permis de réaliser seulement un échange avec un jeune, ce qui n'est pas représentatif de la vision de l'ensemble des jeunes. Davantage d'échanges auraient permis d'avoir une vision sur ce que cette permanence leur apporte et de connaître leur ressenti vis-à-vis de leur parcours de soins.

III- UN DISPOSITIF DE SOUTIEN AUX PARCOURS DE SOINS DEDIE AUX MNA, A LA FOIS SOURCE D'EMPOWERMENT ET TEMOIGNANT D'UN BESOIN DE SANTE MAJEUR

Dans cette troisième partie, une analyse du dispositif d'accompagnement aux parcours de soins des MNA proposés par MdM sera exposée. Elle mettra en évidence les éléments de ce dispositif relevant du champ de la promotion de la santé et participant à l'empowerment des MNA.

Les graphiques présentés dans cette partie sont issus du traitement quantitatif des données du tableau de suivi⁹ de la Permanence Soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle.

1- Un espace favorable à la santé contribuant au développement du pouvoir d'agir

a. L'activité de la permanence

L'ensemble des personnes interrogées s'entend pour dire qu'une permanence parcours de soins a tout son intérêt pour ces jeunes qui n'ont pas accès à ce type de dispositif dans le droit commun. Plusieurs arguments sont avancés, un médecin généraliste du programme explique que c'est essentiel pour ces jeunes car ils ne connaissent ni le fonctionnement du système de santé, ni la langue. Il dit que « *pour eux, c'est encore plus indispensable [le parcours de soins] parce qu'ils sont dans un milieu qui est complètement étranger dont ils ne maîtrisent pas la langue, le fonctionnement ... C'est primordial* ». Un autre aborde, la complexité administrative : « *Le parcours de soins [...] c'est fondamental comme accompagnement du fait de la structure des soins dans notre pays, la façon dont ça se passe, la complexité des soins, la complexité administrative des choses* ». Quant aux partenaires, ils mettent en avant le fait que ces jeunes soient des mineurs donc des enfants n'ayant pas d'expériences antérieures avec le système de soins : « *Pour moi, c'est essentiel, encore une fois, c'est particulièrement essentiel pour eux [les MNA] [...] plus particulièrement parce que c'est des jeunes, ils ont moins d'expérience et connaissent moins le système de soins et ils comprennent moins les pathologies et c'est normal, c'est lié au fait qu'ils soient jeunes* ».

⁹ Voir annexe V

Un des médecins de la permanence explique qu'il voit généralement les jeunes *« quand un problème a déjà été détecté ou le fait que le jeune ne comprenne rien à ce qui se passe, qui n'est pas forcément un problème sérieux, mais qui génère des angoisses des questions. On le voit pour que ça ait du sens pour lui »*. En résumé, la permanence reçoit donc :

- Des jeunes qui ont été orientés dès leur première consultation à MdM vers l'extérieur parce que MdM ne pouvait pas répondre à la demande directement.
- Des jeunes qui ont une pathologie diagnostiquée à la suite des examens préconisés par MdM (radiologie du thorax et dépistages sanguin).
- Des jeunes qui ont des questions et/ou inquiétudes concernant leur pathologie ou les examens qu'ils doivent réaliser.

Les actions réalisées pendant les consultations de la permanence sont multiples. Le graphique¹⁰ ci-dessous permet d'identifier les actions les plus fréquentes.



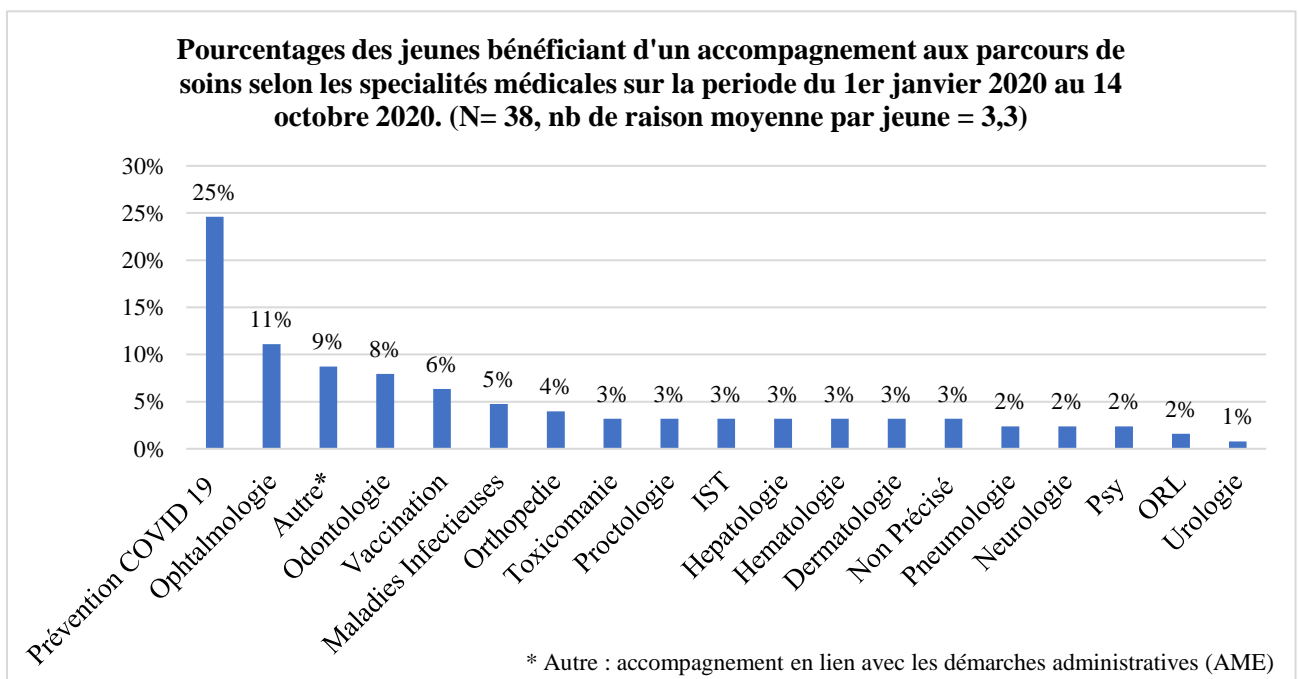
On peut voir que les trois principales actions sont :

- Réexpliquer les pathologies et les modalités de la prise en charge médicale,
- Prévention en santé individuelle et collective,
- Faire le point sur la prise en charge actuelle, tri des papiers et aide à la prise de RDV.

¹⁰ Graphique réalisé à l'aide du tableau de suivi des consultations de la permanence remplis par les médecins de la permanence à chaque consultation.

Ces actions semblent toutes les trois contribuer au développement des connaissances en santé. Malgré le fait que l'année 2020 est été fortement impactée par la COVID 19 ce qui a donc engendré davantage d'actions de prévention auprès des jeunes, les données obtenues semblent, d'après les médecins, assez similaires aux données des années précédentes. Cette répartition d'actions est plutôt constante depuis la création de la permanence en 2017.

Les jeunes reçus à la permanence viennent pour diverses raisons. Le graphique¹¹ suivant permet de visualiser la répartition des raisons pour lesquelles les jeunes ont besoin d'un accompagnement aux parcours de soins. Sur la période du 1^{er} janvier au 14 octobre 2020, 38 jeunes de la file active ont bénéficié d'un accompagnement dans leurs parcours de soins. Il faut savoir qu'en moyenne un jeune est suivi en parcours de soins pour 3 raisons différentes.

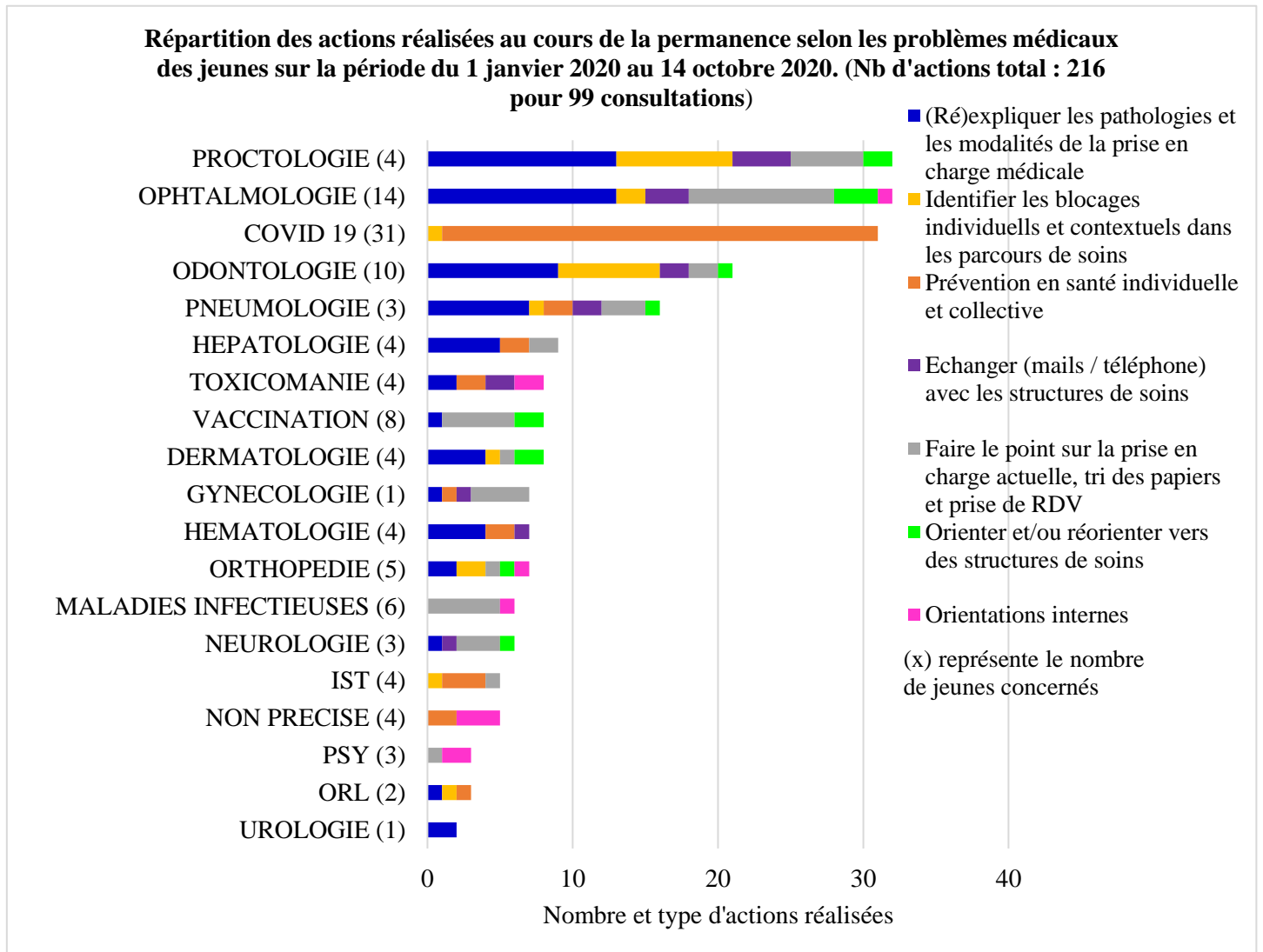


Ceci représente donc les raisons de la venue des MNA à la permanence mais n'indique pas nécessairement que le jeune ait été diagnostiqué. Par exemple, pour l'item prévention COVID-19, il est important de préciser que pendant la période de confinement même si le jeune n'était pas malade, la prévention était réalisée systématiquement ce qui explique ce chiffre sur le graphique. Compte tenu de la situation sanitaire et le suivi proposé aux jeunes pendant le confinement (téléconsultations), les proportions que l'on retrouve pour cette période ne

¹¹ Graphique réalisé à l'aide du tableau de suivi des consultations de la permanence remplis par les médecins de la permanence à chaque consultation.

semblent pas être similaires à celles des années précédentes, nous pouvons considérer qu'il existe un biais lié à la situation sanitaire.

Ce troisième graphique¹², nous permet de visualiser les actions réalisées selon les raisons pour lesquelles le jeune est suivi en parcours de soins.



Nous pouvons voir que l'aspect prévention (en orange sur le graphique ci-dessus) est abordé préférentiellement pour des pathologies liées à des maladies contagieuses telles que les IST et la COVID 19 ou dans le cadre des conduites addictives. L'aspect compréhension du système de soins et/ou de sa pathologie (en bleu sur le graphique ci-dessus) et le développement de l'autonomie dans le soin avec le tri des papiers, la prise des rendez-vous (en gris sur le graphique

¹² Graphique réalisé à l'aide du tableau de suivi des consultations de la permanence remplis par les médecins de la permanence à chaque consultation.

ci-dessus) sont deux éléments quasiment toujours présents peu importe la pathologie du jeune. On peut voir que pour des pathologies complexes comme des troubles proctologiques ou pneumologiques, ces actions sont très représentées. On peut imaginer que la complexité des examens complémentaires générés par ces maladies engendre davantage d'incompréhension de la part du jeune et nécessite donc de prendre du temps pour faire le point sur ce que le jeune comprend et ne comprend pas.

Les entretiens réalisés auprès des acteurs du programme et des partenaires hospitaliers mettent en avant la compréhension du soin et du système de soins comme un volet majeur dans le parcours de soins. En effet, orienter quelqu'un vers un spécialiste pour faire des examens complémentaires n'a aucun intérêt si l'individu n'a pas toutes les cartes en main pour comprendre. Dans la permanence, les médecins attachent une grande importance à donner du sens à ce qui arrive aux MNA reçus en consultation. Un des médecins de la permanence insiste sur ce point en disant : « *Ce qui me paraît essentiel, c'est la bonne compréhension de pourquoi ils doivent se faire vacciner, ou faire tel ou tel examen ... Tout ça, ça rentre dans le parcours de soins* ».

Nous avons pu voir qu'agir sur le système de santé, n'est pas l'unique moyen pour avoir un impact sur la santé des populations car on considère que l'amélioration du système de soins impacte peu les variations d'état de santé. Il apparaît essentiel de prendre en compte d'autres déterminants de la santé (Bréchat 2012). Les actions menées au sein de la permanence soutien aux parcours de soins, principalement axées sur la compréhension, semblent jouer un rôle sur le niveau de littératie en santé des jeunes reçus dans le programme.

b. La littératie en santé au cœur de la permanence « parcours de soins »

La littératie correspond aux connaissances et aux compétences dans les domaines de la lecture, de l'écriture, de la parole (ou d'autres moyens de communication) et du calcul qui permettent aux personnes d'être fonctionnelles en société et d'y participer (Rootman et Gordon-El-Bihbety 2008). La littératie en santé est la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de l'appliquer dans le domaine de la santé pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence (Van Den Broucke et Renwart 2014). En approfondissant la définition de la littératie, on

comprend qu'elle n'est pas seulement la capacité d'une personne à accéder à la lecture, à l'écriture et donc à la connaissance mais qu'elle doit intégrer la capacité de l'environnement à mobiliser les ressources pour que cette personne puisse comprendre et communiquer, au profit en particulier de sa santé (Ruel et Moreau 2017).

La permanence est un espace – temps qui permet aux jeunes d'obtenir des réponses à leurs questions concernant le volet médical et plus spécifiquement sur leur parcours de soins. Elle semble être un espace favorable à la santé, permettant aux jeunes de s'exprimer. Pour les salariées du programme cette permanence « *permet d'apporter une réponse quasiment immédiate aux jeunes et comme c'est rare d'avoir des réponses pour les MNA là, c'est très plaisant de se dire, on va pouvoir faire quelque chose* ». Ils peuvent échanger avec une personne ressource qui va essayer d'instaurer une relation de confiance afin que les jeunes puissent s'inscrire durablement dans leurs parcours de soins et se sentir libre de revenir le nombre de fois qu'ils le souhaitent. Ce temps individuel où l'on prend le temps de comprendre leur situation et de les accompagner dans leurs parcours de soins, semble être rassurant et réconfortant pour les jeunes.

Un médecin généraliste du programme explique que pour lui « *[La permanence] c'est un accompagnement à ça justement, à l'autonomie, je pense que ça les rassure et en plus, il y a les explications qui sont fournies régulièrement, les aides à la prise de rendez-vous tout ça, c'est des choses qui leur permettent de mieux comprendre et d'être beaucoup moins passif [...]* ». Le parcours de soins est « *la clé d'une bonne prise en charge* » et l'accompagnement dans le parcours de soins contribue à améliorer le pouvoir d'agir des personnes. En effet, la vision holistique sous-jacente au parcours de soins permet un accompagnement global des personnes dans leur environnement en les replaçant au cœur du processus de soins, renforçant ainsi leur autonomie. Cette vision globale est exprimée par un médecin généraliste du programme qui dit que : « *au-delà du soin, le parcours, il est bien au-delà du parcours médical, il y a le volet social, il est essentiel. Une des missions, c'est d'informer le jeune de ses droits. Je pense que c'est un soin au sens large* ». Avec cette approche, les médecins de la permanence tentent de répondre à la démarche de MdM, qui est l'empowerment.

On ressent une réelle prise en compte des connaissances du jeune et une volonté de renforcer leur connaissance sur leur santé et la santé en générale. On peut donc parler du développement de leur connaissance en matière de santé ou de littératie en santé qui est un déterminant de santé contribuant à l'empowerment (Van den Broucke 2017). En effet, la littératie en santé agit

comme un « déterminant de déterminants » de la santé. Le niveau de littératie en santé des personnes va influencer d'autres déterminants de santé comme par exemple les comportements de santé, l'utilisation des services de santé et la participation des personnes (PromoSanté Ile-de-France 2019). Les entretiens mettent en évidence que l'accompagnement aux parcours de soins contribue à renforcer la littératie en santé des jeunes. Quand est-il du pouvoir d'agir ? La permanence, parvient-elle aussi à développer le pouvoir d'agir de ces jeunes ? Même si l'empowerment est un des objectifs de la permanence, comme le précisent les médecins, « *l'empowerment est le but du parcours de soins* » ils « *essayent d'être dans cette logique d'empowerment* » mais il semblerait que ça ne soit pas toujours possible « *ça dépend du jeune et de la situation et de plein d'autres facteurs* ». Peut-on vraiment parler d'empowerment dans le cas de la permanence proposée par le programme MNA. Elle permet l'acquisition de nouvelles compétences favorisant ainsi prise en charge de sa santé. Cependant, si nous prenons la définition de l'OMS qui définit l'empowerment comme « processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie » (World Health Organization 2006), il semblerait que la permanence ne réponde pas exactement à cette définition. Suite à l'accompagnement aux parcours de soins, les jeunes ne changent pas leur parcours de soins ni le fonctionnement du programme MNA, mais ils auront plus de facilité pour s'inscrire dans le système de soins existant.

Finalement, la permanence a, à la fois une action sur les individus, sur le système de santé et sur les acteurs du système. En effet, on peut noter dans cette permanence :

- Une adaptation de la communication du médecin au niveau de compréhension du destinataire.
- Une tentative de renforcement du système de soins avec l'intervention d'une personne tiers [les médecins de la permanence] qui va coordonner le parcours de soins du jeune dans le système de santé.

A travers ses actions, la permanence contribue à renforcer les compétences en littératie en santé des MNA. En effet, donner du sens à la maladie du jeune pour qu'il comprenne ce qu'il a et ce que cela va engendrer en termes de parcours de soins est essentiel afin d'éviter tout renoncement aux soins ou mauvaise observance des traitements. L'accroissement du niveau de littératie des MNA, c'est leur permettre de développer leur capacité et de devenir acteur de leur santé (Ruel et Moreau 2017). Un des médecins généralistes du programme explique que la compréhension est un des « *prérequis pour qu'ils acceptent leur maladie, ce qu'on va leur demander de faire*

et les comportements qu'ils devraient avoir et en tout cas éviter certains comportements qui comportent des risques pour eux et leur entourage ». Avec ce travail sur la compréhension, la permanence renforce l'adhésion des jeunes à leurs parcours de soins et les rend plus autonomes dans la prise en charge de leur santé.

Cette permanence est un apport important pour les jeunes, cette approche globale par le parcours de soins permet d'une part le renforcement de la littératie en santé et de faire de la prévention.

c. La prévention naturellement traitée dans le parcours de soins

Dans le cadre de l'accompagnement aux parcours de soins, la permanence prévoit un volet prévention en santé individuelle qui est personnalisé selon la situation et la pathologie du jeune comme le ferait un médecin traitant pour son patient. Les médecins de la permanence insistent sur le fait qu'il existe un besoin en prévention individuelle spécifique à ce public alors qu'aucun espace de prévention n'existe aujourd'hui pour ce public dans le droit commun. La forte prévalence de certaines maladies infectieuses chez ces jeunes et étant en pleine période d'expérimentation rend la prévention individuelle primordiale. Les médecins de la permanence précisent que faire de la prévention individuelle contribue à la santé collective.

Si les ateliers Parole et Prévention¹³ proposés au sein du programme ont pour objectif la prévention au sens large, certains jeunes présentant des pathologies chroniques ou aiguës ont un besoin de prévention individuelle plus spécifique. Or celle-ci n'est pas toujours réalisable au cours des ateliers Parole et Prévention.

Au cours de la permanence, les médecins abordent, généralement, les précautions à prendre pour éviter certains risques (ex : IST) pour lui et pour les autres en lien avec la ou les pathologies diagnostiquées ainsi qu'avec l'évolution de celle(s)-ci. Les médecins expliquent qu'ils abordent systématiquement ce point prévention dès la première consultation. Néanmoins, ce temps consacré à la prévention est réalisé à la fin de la consultation. La première partie de la

¹³ **Ateliers « parole et prévention »** : C'est un espace d'expression et d'échange autour de thèmes variés tel que l'hygiène, le dépistage, la vie sexuelle et reproductive, la vie amoureuse, les infections sexuellement transmissibles, les addictions, l'hébergement, la vie dans la rue, les violences, le parcours migratoire. Ces ateliers sont co-animés par un médecin généraliste, un psychologue et un accueillant. L'objectif est de promouvoir le bien-être et la santé globale des MNA. Ces ateliers visent l'empowerment afin de leur permettre de développer et de mettre en place des solutions à leurs problèmes (Médecins du Monde - Délégation IDF 2018).

consultation est consacrée à la demande du jeune, rares sont ceux qui évoquent la question de la prévention. Les médecins expliquent que « *dans un premier temps, on se focalise sur le problème tel qu'il est posé pour la personne qui est présente devant nous. Mais en fin d'entretien, j'aborde le côté prévention, et conduite à risque. On en parle systématiquement. Si on le faisait en premier, il y aurait un problème de compréhension et le sentiment qu'on ne s'occupe pas de leurs problèmes. Du coup une fois qu'on s'est occupé de leur sujet, on essaye de raccrocher sur la prévention, car ils sont plus réceptifs* ». A travers ce témoignage, les médecins font part de leur stratégie pour rendre le temps de prévention plus efficace.

De plus, pour la prévention, les médecins ont à disposition des flyers¹⁴ destinés spécifiquement aux MNA. Les médecins ne les utilisent pas systématiquement, ils sont donnés en fin de consultation quand ils estiment qu'il y a un intérêt. Les flyers ne sont pas lus avec le jeune d'une part parce que les consultations peuvent être longues et d'autre part les relire avec eux pourrait être infantilisant alors que les médecins ont déjà fait la prévention au cours de la séance avec leurs mots pour qu'ils comprennent bien.

La question de la littératie en santé semble sous-jacente aux actions de prévention, en effet celles-ci nécessitent une adaptation du discours des médecins au niveau de littératie des jeunes présents devant eux afin qu'ils puissent se saisir de l'ensemble des informations données. Les médecins me rapportent qu'ils s'interrogent régulièrement sur la compréhension des jeunes et que ce défaut de compréhension est parfois une limite à leur intervention.

d. Difficultés rencontrées et perspectives

Une des difficultés évoquées dans le cadre de la permanence concerne la compréhension des informations données aux jeunes pendant les consultations. Pour les médecins, il est difficile de savoir si les jeunes comprennent l'intégralité du message qu'ils leur délivrent. Culturellement, les jeunes reçus au sein du programme ont tendance à poser que très rarement des questions et de peur de déranger, acquiescer sans forcément avoir compris l'ensemble du message. Les barrières culturelles et linguistiques sont rapportées à plusieurs reprises au cours des entretiens comme éléments compliquant parfois la compréhension. Les médecins de la permanence expliquent, qu'ils ont eux aussi parfois des difficultés à comprendre comment

¹⁴ Voir annexe VI

fonctionnent les jeunes. En effet, leur travail d'accompagnement consiste également à comprendre la culture et les croyances des jeunes qu'ils reçoivent.

Il semble difficile d'évaluer leur compréhension, le seul indicateur disponible aujourd'hui est la poursuite ou non du parcours de soins et l'observance ou non de ce qui est préconisé au cours de la permanence. En effet, les médecins de la permanence expliquent que pour eux « *le moyen, c'est le suivi, après il n'y a pas de moyen plus fiable. En fait c'est la manière dont ils adhèrent au parcours de soins. Les revoir régulièrement permet de voir s'ils adhèrent au parcours de soins* ».

Cette problématique questionne beaucoup les médecins de la permanence. Ils en parlent comme une limite de leur travail, « *la difficulté, c'est qu'on a beau leur expliquer, mais nous ne sommes pas sûrs qu'ils aient compris, car quand tu les réinterroges après on s'aperçoit qu'ils ont dit oui oui mais ils n'ont pas compris le message qu'on voulait leur faire passer* ». Ce questionnement sur la compréhension du jeune montre l'intérêt des membres du programme à prendre en compte le niveau de compréhension et la volonté d'adapter leurs discours et les supports destinés aux MNA. Le travail d'amélioration de la littératie en santé prend tout son sens ici dans l'évocation de cette difficulté. Le développement de la littératie en santé permettra de pallier les barrières culturelles et linguistiques évoquées par les médecins grâce aux développements des aptitudes individuelles des jeunes.

Les médecins de la permanence expriment la difficulté d'être toujours dans une logique d'empowerment comme évoqué plus haut. En effet, la complexité de ces jeunes-là c'est qu'à la fois ils sont extrêmement autonomes de par leur parcours migratoire et en même temps la fragilité de ces jeunes peut les amener à une potentielle dépendance. Cette vulnérabilité entraîne parfois les acteurs du programme à multiplier les rendez-vous des jeunes au sein de la permanence afin de s'assurer de ne pas les perdre dans leurs parcours de soins. Cependant, comme le fait remarquer un des médecins de la permanence ce n'est pas leur rendre service et ce fonctionnement ne favoriserait pas leur autonomie. Pour ce médecin, « *ça n'avait aucun sens par exemple de se revoir tous les 15 jours alors que finalement les résultats des examens, n'étaient disponibles qu'un mois après. C'est une façon de les autonomiser de leur dire : on se revoit, mais une fois qu'on a tout et quand on peut réfléchir ensemble, sauf si un jeune ne va pas bien, bien sûr* ». Suite à cette réflexion, une tentative de nouvelle modalité pour la prise de rendez-vous a été expérimentée au sein de la permanence, les médecins indiquent à la fin de leur consultation sur le DPI, quelles sont les conditions pour revoir le jeune (ex : Le jeune doit

avoir fait tel ou tel examen). Même si ce fonctionnement semble approuvé par les médecins de la permanence qui expliquent que, « *globalement, c'est intéressant de fonctionner comme ça pour les lâcher en termes d'autonomisation aussi, de leur donner les moyens d'un espace ressource qui choisissent eux de ressolliciter en fait* », ce process n'est pas toujours suivi et nécessite une réflexion d'équipe sur le renforcement de l'empowerment au sein du programme.

Cette prise de recul sur leur pratique et ce fonctionnement vers une réflexion commune en équipe semblent être le credo du programme. Présent, dans le cadre de la permanence, ce fonctionnement génère une sorte de coordination favorisant l'accès aux soins des MNA.

2- Une coordination interne et externe aux effets positifs sur l'accès aux soins et aux droits des MNA

a. Un fonctionnement interne permettant une meilleure continuité des soins

La mise en place de ce dispositif répond dans un premier temps à une difficulté interne rencontrée par les acteurs du programme. Le fonctionnement initial n'étant plus entièrement adapté, aux besoins grandissant des MNA sur le volet parcours de soins, rendait les professionnels et bénévoles impuissants face aux questions posées par les MNA. Notamment l'AS qui n'avait pas les réponses à leurs questions sur le volet médical. Afin de répondre à ce besoin et de permettre aux acteurs du programme de réaliser leurs missions tout en restant dans leur domaine de compétence, une Permanence soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle a été intégrée à l'organisation déjà existante.

Cette permanence a eu de nombreuses vertus. Les médecins généralistes du programme expliquent au cours des entretiens, avant la mise en place de l'accompagnement aux parcours de soins, la sensation de perte de vue des jeunes après orientation était très présente, ainsi que le sentiment de frustration car ils avaient peu de retour des partenaires hospitaliers et pas de possibilité de savoir si le jeune s'était présenté à son rendez-vous. Il y avait comme un sentiment de travailler pour rien. L'absence d'un intermédiaire garant du parcours rendait la continuité des soins difficile. Un des médecins généralistes exprime ce sentiment en faisant référence aux orientations vers les PASS hospitalières : « *Dès qu'on envoyait quelqu'un à la PASS, on n'avait pas forcément de retour écrit. Et on avait l'impression qu'on perdait des jeunes, d'une part il y en avait qu'on ne revoyait plus et d'autre part il y avait ceux qui étaient complètement perdu à la fois dans le diagnostic mais pas seulement dans la chronologie des examens qui étaient*

demandés. Ils n'y arrivaient pas, ils ne prenaient pas les rendez-vous, ils ne comprenaient pas qu'il fallait qu'ils reviennent. » Ici un autre point est abordé, la difficulté des jeunes à se repérer dans le parcours de soins, cette problématique est reprise par un des psychiatres du programme qui insiste sur le fait que « la plupart des jeunes s'embrouillaient un peu les pinceaux quand il y avait une pathologie [...] d'une part par méconnaissance et d'autre part du fait de la complexité du système de soins, le suivi était bancal. ». Au retour des jeunes dans le programme, les médecins généralistes tentaient de leur expliquer, les démarches à suivre, mais les médecins se sont rendus compte qu'une majorité d'entre eux était perdue et qu'il était difficile de faire le point avec eux sur le plan médical. L'accompagnement aux parcours de soins n'était assuré que partiellement par les médecins généralistes qui n'avaient pas le temps pour cette partie essentielle de la prise en charge très chronophage. Ce médecin généraliste l'exprime ici dans cette citation : « Quand il y avait un suivi à faire sur une pathologie chronique, on les envoyait à l'hôpital, faire une radio il y avait plusieurs choses qui étaient mises en place et on se rendait compte que ces jeunes ils étaient un peu perdus on avait beau leur expliqué et donc quand on les revoyait en consultation on se rendait compte que c'était très compliqué de faire le point, il y avait des papiers partout, ils n'avaient pas les papiers qu'il fallait. Et nous en consultation ça nous faisait perdre pas mal de temps pour assurer ça. » La notion de temps et la difficulté des jeunes à identifier les papiers médicaux sont abordées. Ces témoignages traduisent de réelles difficultés pour les jeunes à poursuivre leurs soins et à s'inscrire de manière pérenne dans leurs parcours de soins. L'accompagnement dans leurs parcours de soins semble donc nécessaire.

La mise en place de la permanence s'inspire largement du dispositif parcours de soins apparu dans notre système de santé français en 2004 suite à la loi n°2004- 810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. C'est un dispositif connu de tous et reconnu par l'équipe comme la clé d'une bonne prise en charge. Il a pour objectif de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée (DGOS 2020). Cette mission est incarnée par les médecins de la permanence, ils assurent la coordination des soins et des intervenants qui gravitent autour des jeunes. En centralisant toutes les informations concernant le parcours de soins d'un même jeune, la permanence permet de limiter la perte d'information concernant le volet médical. La coordination ressort comme un élément essentiel dans la réussite du parcours de soins et davantage quand il s'agit de coordonner le parcours de soins d'un MNA. Leurs parcours étant souvent complexes, et faisant appel à différents professionnels, ils nécessitent d'être

coordonnés afin d'assurer le meilleur suivi possible. Un acteur du programme explique que « *le parcours de soin permet d'assurer un vrai suivi entre ce qui a été dit et prescrit au niveau de MdM, les besoins identifiés pour ce jeune et puis ce qui se met en place derrière* » et que ça permet également de « *crystalliser tout ce qui est dangereux pour le jeune.* ». Pour cet acteur du programme MNA, le parcours de soins est essentiel et ne pas le faire c'est « *ne pas les prendre vraiment en charge, c'est faire quelque chose d'inefficace et d'insuffisant.* » De plus, en s'intéressant plus largement à la situation de ces mineurs n'ayant droit qu'à l'AME, il semble intéressant de noter que la permanence vient combler un manquement du droit commun. En effet, le dispositif de médecin traitant n'est pas applicable aux bénéficiaires de l'AME. Ainsi, ce travail de coordination que doit faire le médecin traitant n'est pas fait dans le droit commun par les bénéficiaires de l'AME. La permanence apporte une réponse à la prise en charge médicale des MNA à Paris en assurant la mission d'un médecin traitant. Un médecin généraliste du programme ajoute que « *grâce à la permanence, les jeunes ont un interlocuteur dédié sur le long terme et que cette personne ressource permet d'éviter les redondances de soins comme pourrait le faire un médecin traitant.* » Cette mission est rendue possible au sein du programme, grâce à plusieurs éléments essentiels dans la coordination de parcours.

Le fonctionnement interne rythmé par des temps d'échanges hebdomadaires permet à toute l'équipe d'avoir le même niveau d'informations. Ainsi les médecins de la permanence ont accès à l'ensemble des informations qui concernent les jeunes bénéficiant de la permanence, ils ont alors une vision globale de la situation du jeune. D'après les entretiens, la notion d'équipe semble être très présente dans la réussite du programme et plus spécifiquement de la permanence. Un membre de l'équipe met en avant un travail d'équipe « *très fort* » où « *tout le monde semble attaché* » et qui « *a permis d'avancer, de mieux connaître les situations sociales et juridiques qu'on ne connaissait pas forcément et en tant que médecin, de pouvoir s'appuyer sur l'expérience de l'autre, sur l'avis de l'autre.* » On a le sentiment que ça ne peut pas fonctionner sans ces temps d'échanges en équipe. La situation sanitaire actuelle vient confirmer cet élément, un des médecins responsables de la permanence exprime une réelle « *difficulté à poursuivre l'accompagnement parcours de soins dans la situation actuelle où les temps d'échanges sont moins fréquents.* » Habituellement, la mise en contact permanente entre les acteurs du programme permet une avancée collective. Un partenaire hospitalier renforce l'idée de l'importance de l'équipe dans ce type d'accompagnement, « *pour que ça marche surtout dans le domaine de la précarité il faut une coordination, il faut avoir des équipes soudées, des*

équipes qui veulent bosser dans le même axe. » Finalement, la mise en place de la permanence semble renforcer le travail d'équipe mené au sein du programme, comme l'explique l'un des médecins de la permanence : *« ça apporte une vision plus globale, une vision médico-psycho-sociale ça permet la circulation des informations. »* Le médecin rajoute qu'effectivement la permanence *« donne une sorte de coordination car elle relit un peu tout, elle tricote un peu tout »*.

Le DPI considéré comme le deuxième espace d'échanges, est un outil qui permet de tracer toutes les informations concernant un même jeune. Cet outil a souvent été évoqué au cours des entretiens menés, comme un espace qui permet aux médecins de la permanence de centraliser toutes les données. Plusieurs acteurs du programme insistent sur le fait que l'utilisation du DPI par les médecins de la permanence permet *« une synthèse des situations des jeunes »* et que ça a permis *« d'institutionnaliser cette transmission régulière sur le DPI. »* Il est également ajouté que l'utilisation de cet outil par les médecins de la permanence *« sécurise le parcours des jeunes, en sachant qu'il y a plein d'aléas dans le parcours de soins et cette permanence via la coordination et le DPI, les limitent. »*

Finalement, la mise en place de cette permanence au sein du programme MNA Paris, a permis de renforcer l'approche pluridisciplinaire et la circulation des informations entre les différents acteurs du programme. Ces deux éléments-clés ont permis une meilleure continuité des soins pour les jeunes ayant un parcours de soins dans le droit commun.

b. Une coordination externe permettant l'interconnaissance des acteurs et une prise en charge globale des MNA

Comme expliqué précédemment, les MNA non pris en charge par l'ASE ne bénéficient pas des dispositifs médecins traitants et parcours de soins prévus. Ces jeunes n'ont donc accès à aucun dispositif dans le droit commun pour les accompagner dans leurs soins. Cette problématique revient souvent au cours des entretiens réalisés auprès des acteurs du programme MNA, *« pour moi le parcours de soins, c'est le rôle du médecin traitant et le problème c'est qu'ils n'en ont pas. Et le problème aussi, c'est qu'ils ont à faire à plein de gens, mais personnes ne regroupe l'ensemble des informations. »* La coordination des acteurs de la prise en charge des MNA n'existe pas et cette absence complique le parcours de soins de ces jeunes. Le nonaccès à ces dispositifs du droit commun semble renforcer les inégalités sociales de santé (ISS)

entre les MNA et les adolescents ayant une couverture maladie classique. Il engendre également des abandons de soins par manque de coordination, ne favorise pas la prévention individuelle et augmente potentiellement les dépenses de santé. La permanence proposée par le programme MNA Paris vient combler ce manque, en effet les médecins dédiés à cette permanence incarnent en quelque sorte ce rôle de médecin traitant, garant du parcours de soins des MNA suivis dans le programme. La permanence répond à la problématique de coordination des acteurs et facilite le parcours de soins des MNA.

Une bonne coordination semble être possible seulement si un travail sur la communication est réalisé en parallèle. Afin de parvenir à une bonne coordination des acteurs, les médecins de la permanence ont dû établir des liens directs avec les partenaires hospitaliers. Ceci s'est fait sur la durée, en effet, dans le cadre de la permanence, les médecins sont amenés à contacter les partenaires hospitaliers pour comprendre le parcours des jeunes qu'ils ont en commun. Ils favorisent la communication par mail avec les structures où ils orientent régulièrement des jeunes, les médecins semblent satisfaits par ce procédé : *« c'est beaucoup plus agréable que de faire 50 numéros avant d'avoir l'interlocuteur souhaité. »* La communication existante aujourd'hui entre les deux parties facilite la continuité des soins et tend à limiter le renoncement aux soins. Un médecin de la permanence explique qu'avec le confinement, ils ont pu obtenir une liste de contact avec un de leurs partenaires et ainsi avoir un interlocuteur à chaque appel. Ce lien direct avec les partenaires est une vraie source de réussite d'après un médecin de la permanence qui ajoute que *« c'est très efficace car on débloque des situations plus facilement. C'est efficace pour tout le monde : pour le jeune, pour l'institution et pour nous »*.

Les acteurs du programme sont conscients que le fait d'avoir des médecins en charge de la permanence est un élément facilitateur. D'après eux, de par leur statut les médecins, ils ont plus de facilité à entrer en contact avec les médecins hospitaliers. Cet élément est expliqué par une des salariées du programme : *« C'est une vraie plus-value que ça soit des médecins parce qu'ils arrivent à obtenir beaucoup de choses, ils arrivent à atteindre des gens alors que moi [salariée] j'appelle des gens et on me dit direct que ça ne va pas être possible, mais quand tu dis je suis docteur de médecin du monde, j'aimerais vous orienter un jeune, là, tu as toutes les réponses à tes questions. C'est impressionnant la facilité qu'on a eue depuis qu'on a ouvert la permanence parcours de soins »*. Cette différence de traitement selon le statut de la personne souhaitant obtenir des informations est malheureusement bien présente et illustre une forme de cloisonnement entre le milieu associatif et le milieu médical. Parfois même les médecins de la

permanence se heurtent à des difficultés pour obtenir des informations auprès des médecins hospitaliers.

Ces difficultés rencontrées par les médecins de la permanence semblent illustrer un défaut de connaissance des actions de chacun. Pour un travail conjoint avec les partenaires, l'interconnaissance des acteurs semble essentielle. C'est un des objectifs des partenaires qui expliquent que le but c'est « *d'apporter de la lumière sur ce que nous faisons pour mieux travailler avec nos partenaires de villes. Vous pouvez travailler mais si vos partenaires ne savent pas, qu'est-ce que vous faites, quels sont vos objectifs, on se dilue un peu dans la masse de travail de chacun. Travailler avec intelligence avec des associations de villes ça évite d'être redondant* ». En effet, se connaître facilite le travail de coordination et d'orientation. Pour favoriser l'interconnaissance des acteurs, des réunions sont organisées régulièrement comme l'explique un des médecins généralistes du programme MNA : « *on a beaucoup travaillé avec certaines PASS hospitalières parisiennes, ils sont venus discuter avec nous, il y a un véritable travail collaboratif où chacun pose ses problématiques ses façons de faire* ». Le but est que tout le monde puisse identifier ce que chacun fait, d'échanger sur les problématiques rencontrées et d'établir des connexions pour faciliter les futurs échanges.

Un des partenaires insiste sur la nécessité de faire connaître les actions des associations telles que Mdm aux institutions pour éviter de réaliser le travail en double en disant qu' « *il faut absolument que tous les acteurs de la santé qui prennent en charge ce public sachent ce que chacun fait dans son coin. Il doit y avoir une communication sur ce que chacun fait* ». Les partenaires interrogés semblent avoir une connaissance partielle du programme MNA, la permanence soutient aux parcours de soins et prévention individuelle n'est pas connue des partenaires. Ceci confirme le besoin de poursuivre ce travail d'interconnaissance.

Les partenaires interrogés reconnaissent l'importance d'établir des liens avec les différents acteurs prenant en charge les MNA. Ils mettent en avant le soutien entre acteurs et la prise en compte du domaine de compétences de chacun comme éléments permettant un accompagnement global du jeune. En effet, un des partenaires explique que pour eux un des volets importants de la prise en charge des MNA, « *c'est justement de bien travailler en partenariat avec l'association qui nous a adressé le jeune parce que nous on va être beaucoup moins bon qu'eux sur tout le plan social par exemple* ». Un autre insiste également sur la place des partenariats en précisant que « *c'est ce qui fait partie intégrante de cet accompagnement global* ».

La permanence a permis de mettre en évidence le rôle des partenaires notamment pour tendre vers une prise en charge globale des jeunes ainsi que l'importance de l'interconnaissance des acteurs. Ce second point semble être un enjeu majeur pour améliorer la prise en charge des MNA.

c. Un partenariat favorisant la visibilité de la problématique des MNA

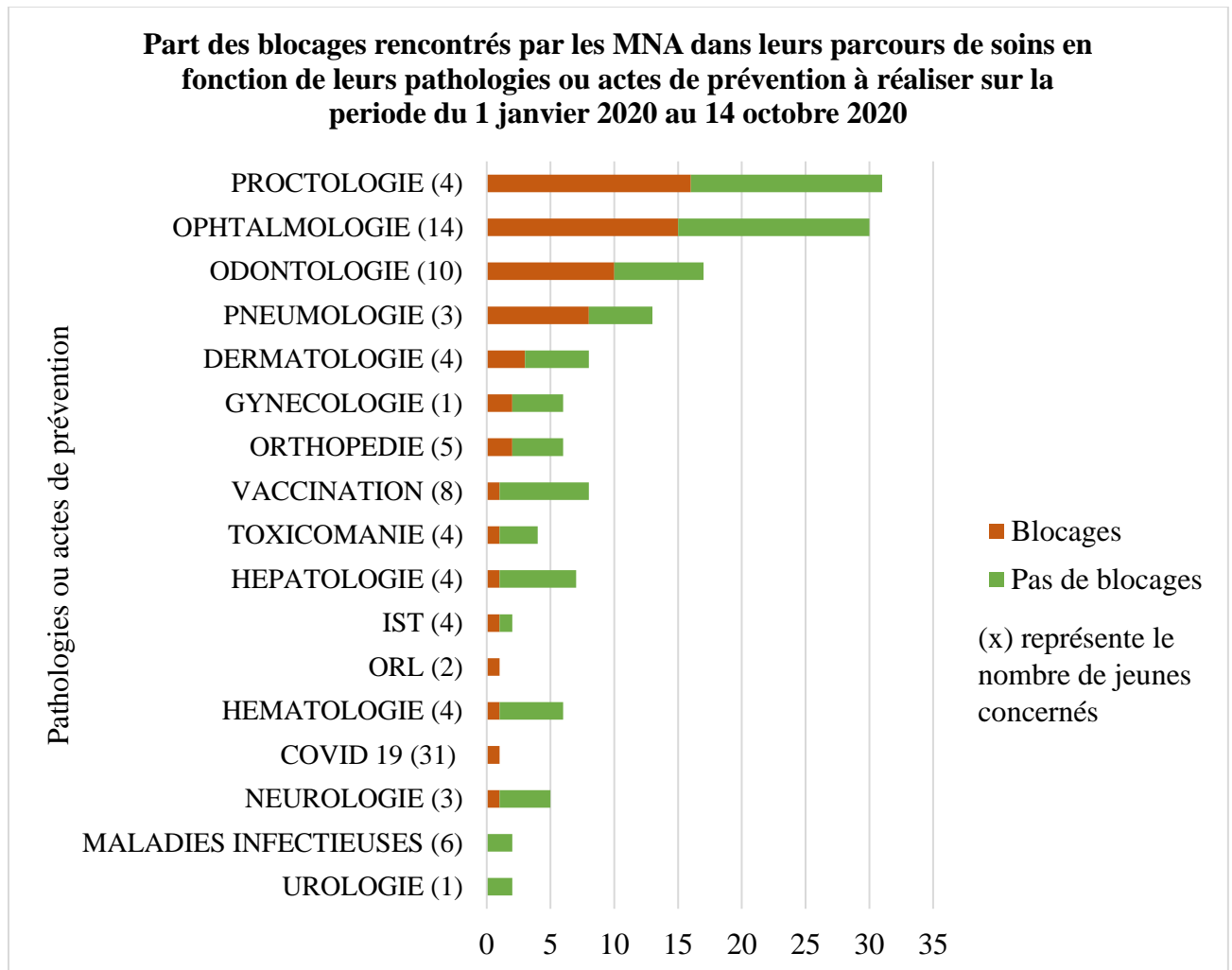
Comme vu dans la partie précédente, le travail avec les partenaires est essentiel pour permettre aux MNA d'avoir un parcours de soins sans encombre. C'est pourquoi, le développement de partenariat avec les institutions hospitalières ou autres associations est au cœur des missions de la permanence comme l'explique un des médecins : « *La permanence c'est aussi un travail significatif de mise en place de partenariat avec différentes instances. C'est très important cette partie-là dans notre travail* ».

Dans le cadre du développement des partenariats, les médecins de la permanence expliquent que c'est aussi l'occasion de rendre la problématique des MNA plus visible et d'apporter aux partenaires et futurs partenaires des éléments de réponses aux blocages. Un des médecins explique que certains partenaires ont besoin d'un éclairage sur certaines démarches favorisant la continuité des soins. « *Afin qu'ils sachent par où commencer, car souvent la problématique c'est qu'ils ne savent pas à qui s'adresser. Ils sont tout à fait conscients de la problématique des MNA et de la question du référent parental. Mais la question c'est comment on fait après et comment on essaie de faire avancer les choses* ». Ces explications faites aux différents partenaires contribuent à améliorer le parcours de soins des MNA.

Grâce à la permanence les acteurs du programme MNA ont pu établir un diagnostic des problématiques rencontrées par les MNA dans leurs parcours de soins, au sein du droit commun. Les principaux blocages que rencontrent les jeunes sont les suivants :

- L'absence de référent, pour tous les actes médicaux considérés comme invasifs ;
- L'éclatement des parcours de soins pour une même pathologie ;
- L'absence de couverture sociale, la majorité des jeunes pris en charge ne bénéficie pas encore de l'AME à leur arrivée dans le programme.

Sur le graphique ci-dessous, on peut visualiser la part des blocages rencontrés par les MNA dans leur parcours de soins (en orange) et la part des parcours de soins sans blocage (en vert) en fonction de leur problème de santé.



Il semblerait que les pathologies demandant des actes médicaux plus invasifs soient plus problématiques. En effet, les jeunes souffrant d'un problème proctologique rencontrent plus de difficultés dans leur parcours de soins. Selon les médecins de la permanence, l'absence de référent parental est l'obstacle majeur pour ce type de pathologie. Les jeunes présentant des troubles ophtalmologiques et/ou odontologiques doivent souvent faire face à des obstacles, l'absence d'AME est le point de blocage le plus récurrent pour ce type de pathologie. Ce diagnostic sur le parcours de soins des MNA permet aux médecins de la permanence de contextualiser leurs interventions auprès des partenaires et d'avoir une réflexion sur la recherche de partenaires. Une des perspectives envisagée par les acteurs du programme est

d'élargir le spectre des partenaires vers des centres de santé afin de permettre aux MNA d'accéder à des consultations en médecine générale dans le droit commun.

La coordination interne et externe induite par le fonctionnement de la Permanence Soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle ainsi que le diagnostic des blocages du parcours de soins réalisé semblent être des leviers aux obstacles rencontrés par les MNA dans leur parcours de soins. Ainsi, la permanence en parvenant à lever ces problématiques d'accès aux soins contribue à améliorer l'état de santé des MNA.

CONCLUSION

Ce travail a permis de retracer les différents obstacles rencontrés par les MNA dès leur arrivée en France. Malgré le fait que la France soit signataire de la CIDE qui prévoit que les MNA doivent bénéficier des mêmes droits que tous les autres enfants, de nombreux mineurs se retrouvent sans protection jusqu'à la reconnaissance de leur minorité. En attendant, ces jeunes vivent dans des conditions d'extrême précarité aggravant leur état de santé déjà fragilisé par la brutalité de leur parcours migratoire. Cette arrivée en France pour les MNA est souvent synonyme de désillusions.

Leur parcours migratoire ainsi que leurs conditions de vie en France sont des facteurs de risques pouvant provoquer un état de grande vulnérabilité chez les MNA. Il apparaît primordial de porter une attention particulière sur leur bien-être malgré le fait que les questions de santé soient rarement prioritaires pour les MNA eux-mêmes. Les associations telles que MdM, ont identifié un besoin de santé majeur chez ce public que ça soit sur le plan somatique ou psychique. Sans couverture médicale et sans référent légal, les MNA rencontrent énormément de difficultés pour accéder aux soins ou dans leur parcours de soins. N'étant pas reconnu mineurs, les MNA bénéficient que de l'AME et ne peuvent donc pas avoir un médecin traitant garant de leur parcours de soins.

La Permanence soutien au Parcours de soins et Prévention individuelle, développée au sein du programme MNA Paris de MdM, apporte une réponse à la problématique d'accès au système de santé des MNA et favorise le parcours de soins des jeunes reçus dans la permanence. Les effets de cette permanence vont au-delà, en effet, par son fonctionnement la permanence agit sur les déterminants de la santé des MNA, notamment sur la littératie en santé. Le développement de la littératie en santé prend une part importante dans le cadre de la permanence, lors des temps destinés aux interrogations de jeunes et à l'explication de leur pathologie et du système de santé. Cependant, le développement de la littératie en santé n'est pas toujours possible. Soit parce que les jeunes ont des difficultés de compréhension, soit parce que les médecins ne parviennent pas à comprendre le fonctionnement du jeune (croyances, culture...). On peut alors dire que la permanence tente de renforcer la littératie en santé afin de contribuer au développement du pouvoir d'agir des jeunes reçus à la permanence mais qu'elle n'y parvient pas toujours. Un travail sur les croyances et la culture des MNA pourrait être un vrai atout pour le programme afin de proposer des médiations plus adaptées, notamment,

concernant les messages de prévention. L'inclusion des jeunes dans cette réflexion serait une façon d'accroître leur participation, de renforcer leur estime d'eux-mêmes et leurs compétences individuelles. Ainsi, cette approche, favorisant la participation des jeunes pourrait contribuer, selon les modalités de participation, à développer leur pouvoir d'agir.

Finalement, la Permanence Soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle tend vers une approche d'empowerment, mais semble davantage participer à la coordination du parcours de soins des MNA non réalisée par le système de santé. En effet, la coordination interne et externe induite par la permanence participe à l'interconnaissance des acteurs travaillant auprès des MNA et au développement de partenariats essentiels pour une prise en charge globale, afin de favoriser la continuité des soins. La coordination du parcours de soins des MNA n'étant pas prévue dans le droit commun, le programme MNA Paris de MdM par son travail de coordination semble se substituer au système de santé sur le volet parcours de soins.

Grâce à cette permanence, le programme MNA semble avoir étoffé son approche pluridisciplinaire et avoir eu l'opportunité de réaliser un nouveau diagnostic concernant les blocages rencontrés dans le droit commun par les jeunes dans leur parcours de soins. Ainsi le programme MNA a une vision plus complète et transversale de la situation des MNA. Ce travail de diagnostic établi au sein de la permanence semble être une perspective pour nourrir le plaidoyer en faveur de l'accès aux soins et aux droits des MNA.

L'ensemble de ces éléments, nous permet d'identifier cette Permanence soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle comme étant une expérience contribuant à la promotion de la santé des MNA reçus dans le programme. En effet, plusieurs des axes de la charte d'Ottawa sont mobilisés à travers cette expérience avec notamment :

- Le développement des compétences individuelles : la littératie en santé permet une meilleure compréhension du système de soin et de la santé ce qui donne l'opportunité aux jeunes de faire des choix concernant leur santé ;
- La création d'un espace favorable à la santé : la permanence est un espace-temps réunissant des conditions favorables afin de renforcer l'accès aux soins des MNA et donc d'améliorer leur santé ;

- La réorientation des services de santé : la coordination réalisée via la permanence permet aux partenaires du droit commun de faire le lien avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des MNA ce qui permet une prise en charge globale.

Pour aller plus loin dans la réflexion, il serait intéressant de voir comment une telle approche pourrait être transposée au sein d'autres associations ou au sein du droit commun afin d'améliorer l'accès aux soins et aux droits de l'ensemble des MNA arrivant sur le territoire français. Cette réflexion de transposition est une des perspectives envisagées par le programme dans l'élaboration de ses nouvelles stratégies.

RETOUR D'EXPERIENCE

Malgré le fait d'avoir réalisé ce stage de fin d'étude principalement en télétravail, l'expérience professionnelle vécue à Médecins du monde fut très positive et formatrice. En effet, l'année 2020 fut marquée par un événement sanitaire majeur qui a contraint de nombreux professionnels et étudiants à expérimenter le télétravail. Les ressentis sur ce mode travail étant extrêmement personnes-dépendantes, il me paraît intéressant de revenir sur cette période et vous dire quelques mots sur expérience de stagiaire. Le télétravail, pour ma part fut source de deux sentiments :

- D'isolement : en effet débiter à distance ne favorise pas l'intégration à une équipe, ne permet pas de se faire connaître et d'expliquer sa mission de stage.
- D'autonomie permettant le renforcement de certaines capacités professionnelles comme la prise d'initiative, l'auto-formation. Je pense que ces éléments-là apportent une certaine satisfaction professionnelle et montrent que malgré des conditions complexes, la capacité d'adaptation permet de réaliser de nombreuses choses qui paraissent parfois lointaines.

Malgré ce contexte, et grâce à cette expérience au sein du programme MNA, j'ai pu développer de nouveaux savoirs concernant la thématique santé et migration et surtout comprendre les enjeux de santé des MNA en France. C'est une thématique qui m'a beaucoup touché professionnellement et personnellement. J'ai eu l'occasion de partager quelques moments avec ces jeunes aux parcours inimaginables et aux conditions de vie extrêmement précaires. Comment ne pas s'imaginer à 15 ans dans leur situation et se dire que ces jeunes font preuve d'un courage colossal. J'espère que le travail de capitalisation réalisé avec les acteurs et partenaires du programme permettra de nourrir le plaidoyer de MdM et de favoriser les parcours de soins dans le droit commun des MNA.

Riche de cette expérience, j'espère pouvoir me servir des compétences professionnelles acquises au cours de ce stage dans ma future vie professionnelle qui semble pour le moment s'orienter vers des questions de prévention des conduites addictives.

Bibliographie

- Adam, Christophe. 2017. « Thématique 2 - Chapitre 1 : Population et inégalités sociales de santé : de qui parle-t-on ? » P. 92-99 in *La santé des populations vulnérables*.
- Archimi, Aurélie, et Marina Delgrande Jordan. 2014. *Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence : définition, opérationnalisation et description des principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse. Recherche*. 67. Lausanne.
- ARS. 2016. *Lexique des parcours de A à Z*. Paris.
- Bantuelle, Martine, et René Demeulemeester. 2008. *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire, programmes et stratégies efficaces : référentiel de bonnes pratiques*. Saint-Denis: Éd. INPES.
- Bloch, Marie-Aline, et Léonie Hénaut. 2014. « De la coordination aux parcours : un changement de paradigme ». *Sante Social* 113-34.
- Bouchaud, Olivier, et Olivier Cha. 2012. 8. *Migrants, précarité et vulnérabilités*. Presses de l'EHESP.
- Bréchat, Pierre-Henri. 2012. 24. *La planification de la santé : déterminants de santé, précarité inégalités de santé et innovations*. Presses de l'EHESP.
- Brodiez-Dolino, Axelle. 2015. « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique ». *Informations sociales* n° 188(2):10. doi: 10.3917/inso.188.0010.
- Burgade, Lise. 2014. « La continuité des parcours de vie des personnes vulnérables : une responsabilité partagée ». P. 18-20 in *Parcours de santé : enjeux et perspectives*. Vol. 88, ADSP.
- Cargnello-Charles, Emmanuelle, et Isabelle Franchistéguy-Couloume. 2019. « Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? » *Gestion 2000* 36(3):69. doi: 10.3917/g2000.363.0069.

- Chambaud, Laurent. 2018. « Accès aux soins : éléments de cadrage ». *Regards* N° 53(1):19-28.
- Corty, Jean-François, et Olivier Bernard. 2012. *31. Médecins du Monde, entre résistance et innovation Le rôle d'une ONG médicale dans le champ de la santé publique et de la précarité en France*. Presses de l'EHESP.
- Dahlgren, Göran, et Margaret Whitehead. 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background Document to WHO - Strategy Paper for Europe*. 2007:14. Institute for Futures Studies.
- DGOS. 2020. « Projet territorial de santé mentale ». *Ministère des Solidarités et de la Santé*. Consulté 20 mars 2020 (<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>).
- Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. 2019. *Rapport d'activité annuel 2018 - Mission Mineurs Non Accompagnés*. Ministère de la Justice.
- Fetterman, David, et Abraham Wandersman. 2007. « Empowerment Evaluation: Yesterday, Today, and Tomorrow ». *American Journal of Evaluation* 28(2):179-98. doi: 10.1177/1098214007301350.
- Fondation Abbé Pierre. 2014. *Rapport annuel sur l'état du mal logement en France 2014 - Le logement et l'emploi, facteurs de précarisation mais aussi de développement*.
- Handicap International. 2014. *Mener capitalisation d'expérience*.
- Harpert, Cyrille. 2017. « Déterminants de la santé et justice sociale ». P. 81-95 in *La promotion de la santé - Comprendre pour agir dans le monde francophone., Références Santé Social*.
- HAS. 2014. *Certification V2014 - Parcours du patient en V2014*.
- Hourdet, Anna, Marine Rénier, Florette Van de Steeg, Guillaume Rieutord, et Hélène De Champs Léger. 2020. « Etat 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 ». (27):531-37.

- InfoMIE. 2016. « Accès aux soins ». *InfoMIE - Centre ressources sur les mineurs isolés étrangers*. Consulté 16 juillet 2020 (<http://www.infomie.net/spip.php?rubrique204>).
- Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale de la Justice, et Assemblée des Départements de France. 2018. *Rapport de la mission bipartite de réflexion du les mineurs non accompagnés*.
- IREPS ARA. 2020. *Inégalités Sociales de Santé au temps du coronavirus : Constats et pistes d'actions pour la promotion de la santé*.
- JORF n°0269 du 19 novembre 2016, et texte n° 25. s. d. *Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille*.
- Ligue des droits de l'Homme. 2020. « Demandons des mesures contraignantes pour assurer la protection de tous les MNA dans le contexte de l'épidémie du Covid-19 ». *Ligue des droits de l'Homme*. Consulté 25 octobre 2020 (<https://www.ldh-france.org/demandons-des-mesures-contraindantes-pour-assurer-la-protection-de-tous-les-mna-dans-le-contexte-de-lepidemie-du-covid-19/>).
- Médecins du Monde. 2018. « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2018 ».
- Médecins du Monde - Délégation IDF. 2015. *Rapport d'activité annuelle 2015 - Programme MNA*. Paris.
- Médecins du Monde - Délégation IDF. 2018. « Parcours d'un mineur non accompagné à MdM- Programme MNA délégation Ile-de-France ».
- Médecins du Monde - Délégation IDF. 2019. *Rapport d'activité annuel 2019 - Programme MNA Paris*. Paris.
- Micheletti, Pierre. 2017. « Thématique 1 - Chapitre 2 : La précarité à l'extrémité du gradient des ISS : comprendre pour agir. » P. 31-41 in *La santé des populations vulnérables*.
- Morel, Marc. 2014. « De quel parcours parle-t-on ? » P. 46-48 in *Parcours de santé : enjeux et perspectives, ADSP*.

OMS. 1986. « Charte d'OTTAWA ». 6.

OMS. 2014. *La santé pour les adolescents du monde. Une deuxième chance pour la deuxième décennie.*

Organisation des nations Unies. 1989. *Convention relative aux droits de l'enfant.*

PromoSanté Ile-de-France. 2019. « LITTÉRATIE EN SANTE - De l'accès à l'utilisation de l'information santé ». Consulté 28 juillet 2020 (<https://www.promosante-idf.fr/dossier/litteratie>).

Rootman, Irving, et Deborah Gordon-El-Bihbety. 2008. *Vision d'une culture de la santé au Canada: rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé : synthèse.* Ottawa: Agence de santé publique du Canada.

Ruel, Julie, et André C. Moreau. 2017. « Pour mieux définir la littératie ! » (440):10.

Sawyer, Susan M., Rima A. Afifi, Linda H. Bearinger, Sarah-Jayne Blakemore, Bruce Dick, Alex C. Ezeh, et George C. Patton. 2012. « Adolescence : A Foundation for Future Health ». *The Lancet* 379(9826):1630-40. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5.

Soudier, Benjamin, et Le Grand, Eric. 2020. « Capitalisation des expériences en promotion de la santé ». Présenté à La journée de partage de la démarche par les membres du projet Caps.

UNHCR. 1997. *Note Sur Les Politiques et Les Procédures à Appliquer Dans Le Cas Des Enfants Non Accompagnés En Quête d'asile.*

UNICEF. 2017. *A Child Is a Child: Protecting Children on the Move from Violence, Abuse and Exploitation.*

Van Den Broucke, S., et A. Renwart. 2014. *Littératie en santé en Belgique un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé.* Louvain-laNeuve : Université catholique de Louvain, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Institut de recherche en sciences psychologiques.

Van den Broucke, Stephan. 2017. « La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique ». (440):11-13.

World Health Organization. 2006. « What Is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health? » 37.

Wresinski, Joseph. 1987. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*.

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien de base

Annexe II : Grille d'observation de la permanence

Annexe III : Parcours d'un MNA à MdM Paris

Annexe IV : Exemples Flyers du programme MNA Paris, MdM

Annexe V : Tableau de suivi de la permanence soutien aux parcours de soin et prévention individuelle

Annexe VI : Grille d'analyse

Annexe I : Guide d'entretien de base

GUIDE D'ENTRETIEN DE BASE

Présentation :

1. Pourriez-vous vous présenter ?
2. Quelles sont vos expériences professionnelles et associatives marquantes ?
3. Depuis combien de temps intervenez-vous à MdM ? Pourquoi avez-vous choisi MdM et ce programme ?

Programme MNA :

1. Pourriez-vous m'en dire un peu plus sur vos missions/votre rôle au sein du programme ?
2. Qu'est-ce qui vous a attiré par cette mission au sein du programme ?
3. Quelles sont les particularités du public que vous accompagnez ?

La permanence soutien au parcours de soins et prévention :

1. Que représente pour vous le parcours de soin ?
2. Quels sont les objectifs de ces permanences parcours de soins ?
3. Pouvez-vous me parler du programme MNA avant la création des permanences parcours de soins, si vous étiez déjà présent dans le programme ?
 - Quelle était la situation avant la mise en place des permanences parcours de soins ?
 - Quels étaient les défis ou difficultés à surmonter ?
 - En quoi les permanences étaient nécessaires ?
 - Quels changements devaient apporter les permanences ?
4. Selon vous qu'est ce qui a été l'élément déclencheur pour la mise en place de ces permanences ?
 - Comment s'est déroulée la mise en œuvre ?
 - Comment pouvez-vous décrire les permanences parcours de soins ? Comment ça a commencé ? Comment ça se passe ?
5. Quels types de changements se sont produits depuis que les permanences ont commencé ?
 - Les principaux changements
 - Les personnes ou groupes les plus concernés
 - Quelles sont les plus-values de ces permanences pour le programme MNA ? Et dans l'accès au soin des MNA ?
 - Les permanences, ont-elles produit des changements ou résultats inattendus ?
6. En réfléchissant aux principaux changements, qu'est-ce qui, selon vous, a permis qu'ils se produisent ? (Les facteurs de réussite)
7. Pouvez-vous me raconter un exemple d'un jeune qui a été orienté vers la permanence ?

8. Que changeriez-vous dans les activités pour rendre le projet plus efficace ? Recommanderiez-vous des activités nouvelles ou différentes ?

Les permanences soutien au parcours de soin et les autres :

1. Selon vous, comment est identifié la permanence parcours de soins par les autres acteurs du programme ?
2. Comment les partenaires du programme voient cette permanence ? Quels sont les retours que vous auriez pu avoir ?
3. Si un autre groupe souhaitait reproduire cet accompagnement, quels conseils lui donneriez-vous ? Que devrait-il savoir avant de commencer ?

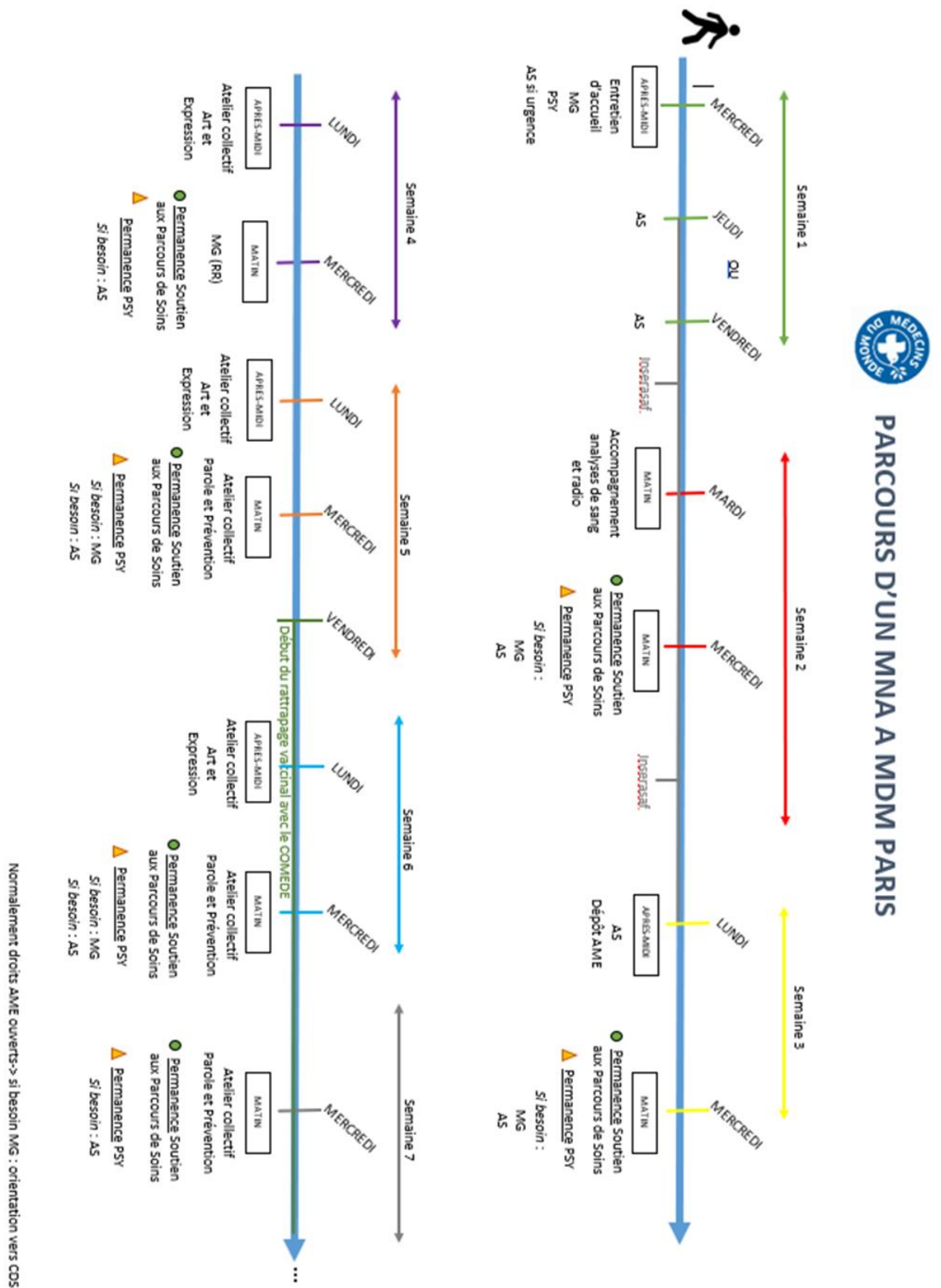
Conclusion

Plus personnellement, que vous apporte ce travail auprès des MNA ? Votre vision /vos pratiques ont-elles changé au fil de l'évolution du programme MNA ?

Annexe II : Grille d'observation de la permanence

GRILLE D'OBSERVATION DES PERMANENCES SOUTIEN AU PARCOURS DE SOINS ET PREVENTION INDIVIDUELLE		N°	
Déroulement de la consultation		Communication	
Description de la salle - Positionnement de chacun – les étapes de la consultation		Les échanges (Langues parlés – interprète – Langage non verbale) Adaptation à l'interlocuteur	
Le jeune		Le médecin	
Présentation du jeune		Actions réalisées pendant la consultation (sensibilisation, informations, apprentissage, soutien, explication du parcours, prévention ...)	
Besoin du jeune (est-ce qu'il sait pourquoi il est là ? – expression claire de son besoin ou non – explique où il en est dans son parcours de soins)		<ul style="list-style-type: none"> - Posture de - Dialogue - Ecoute - Empathique - Non jugeante - Non directive (choix possible pas d'injonctions) - Facilitant l'expression et la réflexion individuelle 	
Les échanges (pose des questions pour avoir des précisions – indique quand il ne comprend pas et à besoin qu'on répète ou reformule)		Posture au cours de la consultation : <ul style="list-style-type: none"> - De tuteur - Accompagnatrice - Éducative 	
Formulation de choix/décisions (spontanément ou le médecin l'invite à choisir)		Moyens mis en place pour contribuer au développement du pouvoir d'agir ? (Encourage la prise de décision, développe la littératie en santé ...)	
Etat d'esprit (Début et fin de consultation – stressé, inquiet, rassuré, confiant ...)			

Annexe III : Parcours d'un MNA à MdM Paris



Annexe IV : Exemples Flyers du programme MNA Paris, MdM

C'est quoi la prise de sang ?



Même si je me sens bien et en bonne santé, je peux être malade sans le savoir.




La prise de sang permet de savoir si j'ai certaines maladies

Elle permet de connaître les médicaments qui me soignent le mieux

Elle permet de suivre l'évolution de la maladie si j'en ai une



Comment se passe la prise de sang ?

L'infirmier(e) prend le sang dans une veine du bras



Le sang va dans un petit tube qui permet de le transporter



Elle ne remplit que 5 tubes (parfois un peu plus) pour que je sache tout sur ma santé

On ne me prend pas beaucoup de sang par rapport à tout ce que j'ai dans mon corps



5 Litres de sang dans mon corps

C'est tout ??

Que quelques millilitres dans le tube

Et après ?

Le sang qu'on me prend est rapidement recréé dans la même quantité par mon corps



Le laboratoire analyse le sang et envoie les résultats à Médecins du Monde.

Environ deux semaines après ma prise de sang, je retourne chez Médecins du Monde pour que le docteur m'explique les résultats



Comment se passe la radio ?



La radio permet de prendre un cliché (photo) en noir et blanc de l'intérieur de mon corps grâce à des rayons X. Ce n'est pas douloureux.

La radio ne dure que quelques secondes, le temps de prendre le cliché



Il ne faut pas bouger pendant la radio car le cliché risque d'être flou et il faudra recommencer

Je dois retirer mes habits pour que la radio soit de meilleure qualité

A savoir :

Je peux faire une radio sur n'importe quelle partie du corps.

Attention dans certains cas (grossesse, maladies) je dois prévenir le médecin pour que la radio se passe autrement.

Et après ?

Le laboratoire analyse ma radio et l'envoie avec les résultats à Médecins du Monde.

Environ deux semaines après ma radio, je retourne chez Médecins du Monde pour que le docteur m'explique les résultats



C'est quoi la radio ?




Même si je me sens bien et en bonne santé, je peux être malade sans le savoir.



La radio permet de vérifier que je suis en bonne santé

Elle permet de mieux me soigner si je suis malade ou blessé(e)

Elle n'est pratiquée qu'en cas de nécessité

Elle permet de suivre l'évolution de la maladie/blessure si j'en ai une

Annexe IV : Exemples Flyers du programme MNA Paris, MdM

PERMANENCE PREVENTION SANTE

Tous les mercredis à 9h30 un médecin m'aide à :

Connaître les moyens qui m'informent sur mon état de santé :

- Les radios
- Le dépistage

Comprendre mes résultats médicaux

Savoir éviter les maladies liées à/aux :

- Problèmes d'hygiène
- La vie dans la rue

Comprendre les modes de contamination

- Infections sexuellement transmissibles
- Dépendances

PERMANENCE SOUTIEN AUX PARCOURS DE SOINS

Et si besoin je peux revenir parler avec un médecin pour :

- Comprendre mon parcours de soins (pourquoi j'y vais, ce qui va se passer, quoi apporter ? etc.)
- Faire un tri dans mes papiers, mes différents résultats médicaux
- Gérer mes rendez-vous dans les hôpitaux, les centres de santé etc. grâce à l'agenda remis par Médecins du Monde
- Parler de ce que je ressens face à ma maladie
- Être rassuré sur l'impact de ma maladie sur ma vie et sur celle des autres
- Adhérer et comprendre quels soins, quels médicaments vont m'aider à aller mieux
- Savoir si je suis encore malade
- Connaître les effets des médicaments sur moi

JE SUIS ORIENTÉ PAR MÉDECINS DU MONDE A L'HÔPITAL

CONSULTATION MÉDICALE

Pendant la consultation, le médecin MDM rédige un courrier pour le médecin de l'hôpital

ORGANISATION DE LA VISITE A L'HÔPITAL

- L'assistante sociale contacte l'hôpital et prépare les papiers nécessaires (courrier du médecin, explication sur ma situation sociale et administrative)
- L'assistante sociale me donne rendez-vous à Médecins du Monde pour m'expliquer l'orientation à l'hôpital

EXPLICATION DE L'ORIENTATION

Je retourne à Médecins du Monde

L'assistante sociale m'explique quand je dois aller à l'hôpital, ce qui va se passer et me donne les documents que je dois apporter

ORIENTATION

Je me rends à l'hôpital le jour indiqué par Médecins du Monde

JE ME RENDS A L'HÔPITAL

Bienvenue à l'hôpital

ACCUEIL

CRÉATION DU DOSSIER

MÉDECIN (Remise du courrier rédigé par le médecin MDM)

INFIRMIÈR(E) (Pour faire connaissance)

ASSISTANT(E) SOCIAL(E) (Pour informer sur les droits, ouvrir l'AME si besoin et avoir un bon PASS* + un bon pour la caisse)

Si besoin :

- RÉCUPÉRER DES MÉDICAMENTS** (PHARMA)
- CAISSE** (Remise du bon-caisse pour ne pas payer les soins)

*Le ramener à chaque fois : il est valable la durée indiquée sur le bon

Annexe V : Tableau de suivi de la permanence

Actions réalisées en consultation :						
(Ré)expliquer les pathologies et les modalités de la prise en charge médicale pour rassurer		A				
Identifier les blocages individuels et contextuels dans les parcours de soins		B				
Prévention en santé individuelle et collective		C				
Echanger (mails / téléphone) avec les structures de soins		E				
Faire le point sur la prise en charge actuelle, tri des papiers et prise de RDV		F				
Orienter et/ou réorienter vers des structures de soins		G				
Rédiger les attestations médico-psycho-sociales		H				
Développement de partenariats avec services hospitaliers		I				
Orientations internes		J				
Point AME et explication		K				
DPI du jeune	Date consultation	Actions	Structure(s) concernée(s)	Pathologie concernée	Problème(s) soulevé(s) par la structure	Orientations interne(s)
224053	08/01/20	F	Hôpital Parisien	ODONTOLOGIE	Structure injoignable ou n'étant pas revenue vers le patient	
		A	PASS	HEPATOLOGIE	Aucun	
		F	PASS	CEPHALEES	Aucun	
		F	PASS			
229797	08/01/20	F	Centre de vaccination	VACCINATION	Aucun	
229611	08/01/20	A	PASS	PROCTOLOGIE	Aucun	
		B	PASS	PROCTOLOGIE	Absence d'AME	
		E	PASS			
		F	PASS	PROCTOLOGIE	Aucun	
		K	Aucune	ABSENCE AME	Pas de structure concernée donc pas d'obstacle à soulever	
		J	Aucune	NON PRECISE	Pas de structure concernée donc pas d'obstacle à soulever	AS

Annexe VI : Grille d'analyse

Thématiques	Citations	Idées principales
<i>L'origine de la permanence : une réponse à quels besoins</i>		
Au sein du programme		
Au niveau du système de soins		
Pour les MNA		
<i>Fonctionnement de la permanence</i>		
Déroulement des consultations		
Outils utilisés		
La place de l'équipe du programme		
La place des partenaires du programme		
<i>Les facteurs de réussites</i>		
Internes au programme		
Externe au programme		
<i>Quel est le sens mis derrière les mots suivant :</i>		
Parcours de soins		
Empowerment		
<i>Cohérence avec les objectifs du programme MNA</i>		
Développement des connaissances		
Prévention		
Coordination		
<i>Les effets de la permanence</i>		
Sur le programme		
Sur les jeunes		
Sur les partenaires		
<i>Les difficultés rencontrées par les médecins de la permanence</i>		
Avec les jeunes		
Avec les partenaires		
<i>Perspectives d'amélioration</i>		
Permanence		
Partenaires		

FEYT	Emilie	30 Novembre 2020
Master 2 Promotion de la santé et prévention		
La santé des MNA, l'épreuve de l'accès aux soins : L'accompagnement aux parcours de soins, un levier pour l'amélioration de la santé des MNA		
Promotion 2019-2020		
Résumé :		
<p>La santé des MNA est un enjeu de santé publique depuis plus d'une vingtaine d'années. Pour ce public, l'accès aux soins et aux droits est soumis à de nombreux obstacles pourtant, leurs besoins en termes de santé sont identifiés dès leur arrivée sur le territoire. La non-reconnaissance de leur minorité par les conseils départementaux, l'absence de couverture maladie et de représentant légal rendent le parcours de soins complexe.</p> <p>Ce mémoire propose l'analyse de la Permanence Soutien aux Parcours de Soins et Prévention Individuelle menée au sein du programme MNA Paris de MdM favorisant le parcours de soins des MNA. Le travail réalisé met en évidence que cette action tend à rendre les MNA acteurs de leur santé, d'une part, par le travail de coordination interne et externe réalisé par les médecins de la permanence et d'autre part, grâce à une permanence axée sur la compréhension de la santé et du système de santé français.</p>		
Mots-clés :		
MNA – Accès aux soins – Parcours de soins – Promotion de la santé – Littérature en santé		
<i>L'École des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		