

Héloïse Bertin, « Des configurations locales de l'accès aux soins des MNA »

Colloque « Des mineurs comme les autres ? », janvier 2021.

Bonjour à tous, je suis Héloïse Bertin, je suis en Master 2 de Géographie de la santé à l'Université de Nanterre (donc je suis pas doctorante comme ça a été précisé), et je suis vraiment très heureuse de pouvoir intervenir aujourd'hui, c'est la première fois que je participe à un colloque. Je voudrais partager avec vous aujourd'hui quelques résultats d'un travail de terrain que j'ai mené dans le cadre d'un stage de M1 au Comede, qui est une association pour la santé des exilés. Ce colloque interroge plutôt la prise en charge des mineurs non accompagnés, alors que mon travail s'est centré vraiment sur l'absence de prise en charge de ces mineurs non accompagnés et sur la manière dont elle impacte à la fois la santé et l'accès au soin de ces jeunes. En réalité les périodes de prise en charge et de non prise en charge s'imbriquent, et le passage de l'une à l'autre peut souvent être à l'origine de rupture de soin et de frein dans ces parcours de soin.

J'ai donc mené une étude sur les obstacles d'accès au soin de ces mineurs non pris en charge par l'ASE, c'est-à-dire avant l'entrée dans les dispositifs de protection de l'enfance, et puis après le refus de reconnaissance de minorité. Donc c'est une étude qui repose sur une quarantaine d'entretiens que j'ai effectués avec des professionnels de santé, des représentants associatifs et quelques institutions. Malheureusement je n'ai pas eu la possibilité ni le temps de faire des entretiens avec des mineurs, donc ça reste une des limites de ce travail. Et donc c'est une étude comparative entre les villes de Marseille et Paris et Saint-Etienne. Alors pourquoi ces trois villes ? Tout simplement parce que c'est les villes où sont implantés le Comede, et puis parce que ce sont trois villes qui ont été très touchées par l'arrivée massive de MNA, surtout Paris et Marseille. Donc c'est un travail qui s'inscrit en Géographie de la santé. Je précise brièvement ce que c'est. La Géographie de la santé s'intéresse au lien entre l'organisation du territoire et les faits de santé, et s'intéresse notamment à l'organisation sociospatiale du recours au soin, des inégalités de santé, des déterminants de la santé. Donc l'intérêt de la Géographie est aussi de comprendre si les difficultés d'accès au soin sont les mêmes entre territoires et pourquoi, et elle permet d'analyser la manière dont les inégalités de santé sont prises en compte localement et comment les configurations territoriales et les jeux d'acteurs peuvent intervenir sur le territoire en créant des leviers d'action, donc autrement dit comment les difficultés d'accès au soin sont prises en compte localement et quelles réponses y sont apportées.

Donc d'abord ce qui ressort beaucoup des entretiens que j'ai menés c'est que les parcours de soin des mineurs non accompagnés semblent se caractériser par la discontinuité et la rupture. Bien souvent les conditions ne sont pas réunies pour qu'un parcours de soin global et coordonné soit assuré à la fois dans l'espace et dans le temps. Leur parcours discontinu aussi bien dans l'espace – puisque comme vous le savez bien ils sont souvent amenés à changer de pays, de département et de ville –, leur situation administrative fluctuante pèse vraiment sur les parcours de soin, et donc cette discontinuité géographique peut entraîner des ruptures de soin. Et puis lors que les parcours de soin ont été amorcés avant la prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance la transmission d'information relatives au soin entre les acteurs associatifs et institutionnels peut parfois s'avérer difficile selon certains des enquêtés que j'ai rencontrés.

Je vais maintenant revenir sur les configurations locales de l'accès au soin de ces jeunes dans chacune des villes. Donc ce travail m'a permis de voir que les obstacles étaient finalement bien similaires entre les trois villes étudiées, et relèvent donc de l'absence de consentement d'un représentant légal comme ça a été précisé, de l'absence d'accompagnement éducatif, d'un accès difficile à la protection maladie bien sûr et puis des conditions de vie difficiles évidemment. Et donc c'est plutôt la réponse qui est apportée à ces obstacles et à l'absence de directives nationales qui diffère en fonction des contextes.

D'abord les permanences d'accès au soin sont partout l'entrée majeure dans le système de santé pour ces jeunes. Donc les permanences d'accès au soin sont des dispositifs hospitaliers destinés aux populations les

plus vulnérables et éloignées du système de santé. Et donc la façon dont les mineurs sont accueillis, donc reçus dans ces PAS varie en fonction de l'organisation de la PAS, du personnel soignant et puis des moyens qui leur sont alloués. Et la manière dont elles s'adaptent aux spécificités de prise en charge des jeunes dépend bien souvent de la volonté des professionnels et puis aussi des moyens comme je le disais. Les pratiques semblent varier entre ces PAS, notamment sur le bilan de santé, mais aussi sur le recours à l'interprétariat professionnel qui dépend beaucoup des structures et certaines tentent de le limiter pour des raisons budgétaires. Donc le recours à l'interprétariat en présentiel reste rare et surtout parce qu'il répond à des logiques de métropolisation, c'est-à-dire qu'ils se structurent autour des grandes villes et donc reste rare dans les petites villes comme à Saint-Etienne. Donc ça ça reste un obstacle majeur selon les gens que j'ai rencontrés.

Dans l'accès au soin des MNA, surtout en matière de santé mentale. Ce que j'ai constaté dans les trois villes c'est qu'il y a des réseaux associatifs bien structurés et relativement anciens qui permettent de faire le lien entre l'attente de prise en charge et la prise en charge effective de l'Aide sociale à l'enfance, donc il y a déjà des réseaux de collaboration et de coordination qui se sont mis en place entre les acteurs associatifs et les structures de soin de droit commun.

Donc je vais vous partager quelques cartes. Donc ici vous avez une carte des acteurs centraux de l'accès au soin des mineurs non accompagnés en région parisienne, qui est issue donc de mon travail de terrain. Alors elle n'est pas exhaustive mais elle permet de cerner les principaux acteurs de l'accès au soin, en santé somatique en tout cas. Donc sont représentés par des croix rouges les PAS hospitalières et par les octogones verts les associations principales. Donc ici au Nord vous avez Médecins sans frontières avec le centre de Pantin en partenariat avec le Comede pour la santé mentale, ici le centre de Médecins du monde, et ensuite vous avez le Comede. Et donc à Paris les ONG structurent vraiment la prise en charge des mineurs non accompagnés avec les programmes dédiés de Médecins du monde et de Médecins sans frontières, et donc des relations de partenariat, même si elles ne sont pas formalisées, se sont créées entre les associations et les structures de droit commun afin de faciliter l'accès au soin. Donc je crois que ça a vraiment structuré et localisé les parcours de soin majoritairement dans les hôpitaux qui leur portent une attention particulière, et à proximité des centres de Médecins du monde et de Médecins sans frontières. Donc on retrouve les PAS hospitalières d'Avicenne, de Saint-Antoine, et puis pour les moins de 15 ans Trousseau et Robert Debré notamment. Et on s'aperçoit aussi que leurs parcours de soin semblent très localisés dans les espaces du Nord-Est parisien puisqu'ils correspondent majoritairement au bassin de vie des MNA. Et donc on retrouve la frontière classique entre l'Est et l'Ouest parisien. De cette façon les structures de soin de l'Ouest parisien sont moins amenées à recevoir des MNA, et donc s'adaptent moins à leurs spécificités de prise en charge. Donc il y a vraiment une centralisation de leur parcours de soin apparemment. Mais les parcours de soin se caractérisent aussi par leur éclatement sur le territoire francilien avec des difficultés de déplacement, d'accessibilité géographique et de payer les transports.

Ensuite à Marseille la prise en charge des mineurs non accompagnés est aussi beaucoup assurée par les réseaux associatifs et les collectifs citoyens. Il faut rappeler qu'à Marseille la situation est marquée par une période d'errance et d'absence de prise en charge longue avant de rentrer dans le dispositif d'évaluation, donc les associations estimaient l'année dernière à environ 200 jeunes à la rue à Marseille. Donc cette situation a eu pour effet la constitution d'un squat en décembre 2018, le squat Saint-Just, représenté ici en vert, et donc qui a été évacué en juin dernier suite à un incendie. Et donc je crois que ce squat a été une sorte de clé de voute de la structuration de l'accompagnement des MNA non pris en charge par l'ASE, et a aussi probablement permis une sorte de démarche d'aller vers puisque les associations ont fait converger leurs actions vers ce lieu et qu'il y a aussi eu des interventions sur place du centre de lutte antituberculeuse de Médecins du monde et du réseau Hospitalité psychique. Donc la situation a probablement évolué depuis. Cet été quand j'y étais d'autres squats s'étaient mis en place et rapidement évacués donc il faudrait aller voir ce qu'il en est, mais ça montre bien l'instabilité et la fragilité de leur accès au soin puisque les ruptures d'hébergement entraînent souvent des ruptures de soin.

Ensuite à Saint-Etienne cette carte témoigne d'un nombre d'acteurs moins important que dans les deux autres villes. A Saint-Etienne le parcours de soin n'est pas assuré de manière globale et coordonnée par

des ONG, mais le tissu associatif reste actif. Les parcours de soin semblent s'organiser de manière plus informelle et reposent plus sur des réseaux d'interconnaissance d'après ce que j'ai pu observer. Et j'ai pu remarquer aussi que les médecins de ville semblent plus impliqués dans l'accès au soin de ces mineurs. En bref les possibilités d'accès au soin semblent moins importantes que dans les deux autres villes mais c'est probablement dû à une différence d'offre de soins. La ville de Saint-Etienne aussi est marquée par vraiment une pénurie en psychiatrie et en santé mentale. C'est pareil partout en France j'ai l'impression, mais en tout cas de manière criante à Saint-Etienne. Et donc en dehors du Comede et d'une ou deux autres structures de santé mentale les possibilités d'accès au soin sont limitées.

Donc il paraît qu'il y a une certaine inadaptation qui persiste dans les structures de droit commun, surtout en santé mentale. C'est d'ailleurs l'accès au soin psychologique qui semble poser le plus de problèmes. En revanche ce qui remonte aussi beaucoup des entretiens c'est qu'il y a une amélioration naissante dans la prise en charge dans les structures de droit commun, surtout à Paris et à Marseille.

Donc il est clair qu'il a existé jusqu'ici un flou juridique et une absence de directives nationales sur l'accès au soin de ces mineurs non pris en charge par l'ASE, mais il y a aussi des initiatives de certaines institutions avec la production de documents-cadres, notamment de l'ARS Ile-de-France et de l'AP-HP qui ont produit des guides et des recommandations. Et puis les ARS d'Ile-de-France et de la région PACA semblent assez motrices dans la réflexion sur l'accès au soin de ces mineurs non pris en charge par l'ASE, et participent notamment à des groupes de travail auprès de la Direction générale à la Santé.

Pour conclure, ce travail de terrain a permis de voir que l'accès au soin des mineurs non accompagnés reste très localisé et centralisé dans certaines structures de soin, et dépend beaucoup de la volonté des équipes soignantes mais aussi des moyens qui leur sont alloués. Et donc cet accès au soin est particulièrement fluctuant et instable. Il est adapté et vraiment effectif dans certaines structures de soin uniquement. Donc ça interroge la prise en compte de la grande précarité dans le système de santé, ça questionne la manière dont le milieu médical prend en compte les situations sociales, les problèmes de langue. Et on s'aperçoit, ainsi qu'en dehors des permanences d'accès au soin et des structures de soin spécifiques, les praticiens sont peu informés et semblent parfois dépassés par les situations administratives. De plus l'accès au soin des mineurs non accompagnés est possible surtout lorsqu'il s'agit de soins primaires et d'urgence, et donc comme pour les populations les plus précaires les inégalités de santé sont encore plus fortes lorsqu'il s'agit de soins secondaires, de consultations avec des spécialistes, d'opérations semi-urgentes ou non urgentes et de prévention. Et donc l'accès au soin de ces jeunes repose essentiellement sur les réseaux associatifs et sur la coordination entre le milieu médical et associatif, a fortiori en santé mentale dans la mesure où les structures de droit commun sont plus difficilement accessibles. Donc ça induit vraiment des inégalités territoriales d'accès au soin puisque le relais associatif n'est pas le même partout et qu'il répond au contexte, à des configurations territoriales et à des financements inégaux entre les régions. Et donc pour finir, la santé des mineurs non accompagnés dépend surtout de la protection qui doit leur être assurée, y compris pendant la période de recours administratif.

Merci beaucoup pour votre attention.