

LA MÉDIATION EN SANTÉ AUPRÈS DES MINEUR-E-S NON ACCOMPAGNÉ-E-S



Concevoir et mettre en œuvre
un projet de médiation en santé
auprès des MNA sur votre territoire

*Apprentissages et capitalisation
du programme MNA de Médecins du Monde
à Nantes, 2016-2026*

RAPPORT

LA MÉDIATION EN SANTÉ AUPRÈS DES MINEUR-E-S NON ACCOMPAGNÉ-E-S

**Concevoir et mettre en œuvre
un projet de médiation en santé
auprès des MNA sur votre territoire**

*Apprentissages et capitalisation
du programme MNA de Médecins du Monde
à Nantes, 2016-2026*

RAPPORT

SOMMAIRE

Liste des acronymes	4
---------------------	---

INTRODUCTION

5

Pourquoi ce rapport ?	6
-----------------------	---

Ce que ce rapport propose	6
---------------------------	---

Méthodologie : comment ce rapport a-t-il été construit ?	7
--	---

Comment lire ce rapport ?	7
---------------------------	---

Les encadrés : repères de lecture	8
-----------------------------------	---

DÉFINITIONS ET TERMINOLOGIE

9

Mineur·e non accompagné·e (MNA)	10
---------------------------------	----

MNA en recours	10
----------------	----

Santé	10
-------	----

Santé mentale et psychosociale	11
--------------------------------	----

Médiation en santé	11
--------------------	----

Déterminants de la santé	11
--------------------------	----

Approche genre et santé	13
-------------------------	----

Besoins fondamentaux et pyramide de Maslow	13
--	----

Littératie en santé	13
---------------------	----

Empowerment : renforcer le pouvoir d'agir	13
---	----

Compétences psychosociales	14
----------------------------	----

Droit commun	14
--------------	----

COMPRENDRE	15
Les MNA en recours : comprendre le public et son parcours	16
L'impact du parcours sur la santé : une approche par les déterminants	18
Comprendre le territoire pour choisir une stratégie pertinente	25
SE POSITIONNER	29
Trois cadres pour agir	30
Une posture singulière	33
Agir à trois niveaux : de l'individu au système	37
AGIR	39
L'accompagnement	40
L'écosystème et la coordination	70
Le plaidoyer et les résultats obtenus	80
SÉCURISER	89
L'équipe au cœur du dispositif	90
Le cadre protecteur de l'équipe	93
L'organisation du travail : des choix stratégiques pour sécuriser les équipes et les jeunes	95
Les outils au service de l'accompagnement des MNA	98
Synthèse : les fondamentaux de la sécurisation	100
ANNEXES	101
Remerciements	204

Liste des acronymes

ADPS	Association départementale de prévention spécialisée	EMPP	Équipe mobile psychiatrie-précarité
AME	Aide médicale de l'État	EPE	École des parents et des éducateurs
ANEF-FERRER	Association ligérienne de lutte contre les exclusions	EPS	Examen de prévention en santé
APU	Accueil provisoire d'urgence	FAS	Fédération des acteurs de la solidarité
ARS	Agence régionale de santé	FTDA	France terre d'asile
ASE	Aide sociale à l'enfance	HAS	Haute autorité de santé
CCAS	Centre communal d'action sociale	ISM	Inter-service migrants (service d'interprétariat professionnel par téléphone)
CD44	Conseil départemental de Loire-Atlantique	IST	Infections sexuellement transmissibles
CEMEA	Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active	JDE	Juge des enfants
CES	Centre d'examens de santé de la CPAM	LDH	Ligue des droits de l'Homme
CFPD	Centre fédératif de prévention et dépistage du CHU de Nantes	MdM	Médecins du Monde
CHU	Centre hospitalier universitaire	MG	Médecin généraliste
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant	MNA	Mineur·e non accompagné·e
Cimade	Comité inter-mouvements auprès des évacués (association d'aide aux étranger·e·s)	MPS	Médico-psycho-social
CLAT	Centre de lutte anti-tuberculeuse	MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
CLSM	Conseil local de santé mentale	OMS	Organisation mondiale de la santé
CMP	Centre médico-psychologique	PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
CPS	Compétences psychosociales	PSSM	Premiers secours en santé mentale
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé	PTSM	Projet territorial de santé mentale
CRCT	Centre ressource en clinique transculturelle	PUMa	Protection universelle maladie
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (organe consultatif de l'ARS)	RAMPS	Responsable des activités médico-psycho-sociales
CSS	Complémentaire santé solidaire	SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
DPI	Dossier patient informatisé	RDV	Rendez-vous
École HLM	École Hors les murs (école citoyenne nantaise)	RESF	Réseau éducation sans frontières
École JEM	École Jeunes en mouvement (école citoyenne nantaise)	RM	Responsable de mission : cadre associatif·ve bénévole d'un programme MdM
EEO	Entretien d'écoute et d'orientation en santé mentale (volet du programme MNA)	TAMO	Espace TAMO, accueil de jour des CEMEA
ELPP	Équipe de liaison psychiatrie-précarité	UGOMPS	Unité de gynécologie obstétrique médico-psycho-sociale (CHU Nantes)
		URIOPSS	Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux
		URML	Union régionale des médecins libéraux

INTRODUCTION

Pourquoi ce rapport ?	6
Ce que ce rapport propose	6
Méthodologie : comment ce rapport a-t-il été construit ?	7
Comment lire ce rapport ?	7
Les encadrés : repères de lecture	8

Pourquoi ce rapport ?

Mis en place en 2016, le programme mineur·e·s non accompagné·e·s de Médecins du Monde à Nantes est né d'un constat de terrain : celui de jeunes exilé·e·s arrivant sur le territoire nantais qui, après une évaluation, ne les reconnaît pas comme mineur·e·s, sont laissé·e·s sans reconnaissance institutionnelle, sans accompagnement structuré, et souvent sans accès effectif aux soins.

Dans un contexte marqué par une forte précarité administrative, l'instabilité des conditions de vie et des ruptures répétées dans les parcours de santé, le programme a progressivement construit une réponse spécifique, fondée sur une approche globale en santé, l'accueil inconditionnel, et la création de liens de confiance durables. La médiation en santé y occupe une place centrale, pensée à la fois comme une posture, une méthode et un levier d'autonomisation.

Au fil des années, le dispositif s'est structuré autour de permanences médico-psycho-sociales, d'accompagnements individuels et collectifs et d'initiatives innovantes telles que la pair-aidance, la création d'un espace d'accueil psychosocial, les ateliers de promotion de la santé et de renforcement des compétences psychosociales ou encore le groupe dédié aux jeunes filles. Ces actions se sont déployées en articulation étroite avec un réseau de partenaires associatifs et institutionnels, permettant l'expérimentation d'un modèle d'intervention souple, évolutif et profondément ancré dans la réalité du terrain.

La fermeture et le transfert du programme prévu courant 2026 rendent aujourd'hui nécessaire une capitalisation approfondie des apprentissages, des pratiques et des savoirs produits au cours de ces dix années. Cette démarche s'inscrit à la fois dans une logique de transmission et de continuité – afin d'éviter la perte de repères et d'expériences accumulées – et dans une volonté de valorisation, pour rendre visibles des pratiques souvent peu documentées mais riches d'enseignements pour d'autres territoires et d'autres publics.

Ce que ce rapport propose

Ce rapport de capitalisation retrace et analyse dix années (2016-2026) du programme développé par Médecins du Monde à Nantes auprès des mineur·e·s non accompagné·e·s. Il poursuit trois objectifs principaux :

- **Transmettre une méthodologie reproductible**, à destination des acteur·rice·s souhaitant développer des interventions similaires auprès de publics en situation de grande précarité ;

- **Documenter les apprentissages issus de la pratique**, en mettant en lumière les ajustements, les réussites, mais aussi les limites rencontrées sur le terrain ;
- **Contribuer au plaidoyer**, en apportant des éléments concrets issus de l'expérience de terrain pour éclairer les politiques publiques relatives aux MNA.

Méthodologie : comment ce rapport a-t-il été construit ?

La capitalisation a adopté une approche qualitative et compréhensive, centrée sur l'expérience vécue par les acteur·rice·s du programme : bénévoles, salarié·e·s, pair·e·s, jeunes accompagné·e·s, partenaires associatifs, acteur·rice·s médico-sociaux, institutions et collectivités locales.

Le travail de capitalisation s'est construit autour de trois méthodes complémentaires :

1. **Analyse documentaire** : revue approfondie des documents depuis 2016.
2. **Entretiens individuels** : 28 entretiens semi-directifs.
3. **Ateliers collectifs** : 2 ateliers et observations de terrain.

➤ Voir Annexe A.1 – Méthodologie de capitalisation, p. 102.

Comment lire ce rapport ?

Ce rapport s'organise en quatre parties qui suivent la logique d'intervention : comprendre le contexte avant d'agir, se positionner clairement, intervenir de manière adaptée, garantir un cadre sécurisant.

COMPRENDRE. Pour qui intervenir et dans quel contexte ? Cette partie décrit le public accompagné, ses parcours et les déterminants qui influencent la santé, l'accès aux droits et aux soins. Cette connaissance constitue le socle de toute intervention pertinente.

SE POSITIONNER. Comment se situer en tant qu'intervenant·e ? À partir de cette compréhension, cette partie présente les cadres de référence et la posture de l'intervenant·e : médiation en santé, accueil inconditionnel, non-jugement, respect du rythme des jeunes.

AGIR. Que faire concrètement ? Cette partie décrit les modalités d'accompagnement individuel et collectif, la coordination avec les partenaires et les stratégies de plaidoyer. Elle montre comment les principes se traduisent dans la pratique quotidienne.

SÉCURISER. Dans quelles conditions intervenir durablement ? Cette partie aborde le cadre protecteur pour les jeunes et les équipes : organisation du travail, outils, espaces de soutien et de régulation.

Les encadrés : repères de lecture

Pour faciliter la navigation dans ce rapport, différents types d'encadrés ponctuent le texte. Chacun répond à une fonction spécifique et se distingue par un code couleur.



À RETENIR. *Points-clés, enseignements, recommandations et repères méthodologiques issus de l'expérience du programme.*



OUTILS ET BONNES PRATIQUES. *Outils pratiques développés par le programme (fiches, trames, supports) et bonnes pratiques opérationnelles pouvant être adaptées et réutilisées.*



ILLUSTRATION. *Exemples concrets, études de cas et focus thématiques. Ces encadrés incarnent les principes décrits et donnent à voir la réalité du terrain.*



TÉMOIGNAGE. *Paroles de jeunes, de bénévoles ou de partenaires. Ces verbatims donnent la parole aux acteur·rice·s et témoignent de leur expérience directe.*



VIGILANCE. *Points d'attention, limites identifiées et écueils à éviter. Ces encadrés rappellent ce que le programme ne fait pas ou les risques à anticiper.*

Des fiches thématiques en annexe facilitent l'adaptation des pratiques à d'autres contextes.

DÉFINITIONS ET TERMINOLOGIE

Mineur·e non accompagné·e (MNA)	10
MNA en recours	10
Santé	10
Santé mentale et psychosociale	11
Médiation en santé	11
Déterminants de la santé	11
Approche genre et santé	13
Besoins fondamentaux et pyramide de Maslow	13
Littératie en santé	13
Empowerment : renforcer le pouvoir d'agir	13
Compétences psychosociales	14
Droit commun	14

Mineur·e non accompagné·e (MNA)

Au sens du droit français, un·e mineur·e non accompagné·e (MNA) – ou mineur·e isolé·e étranger·e (MIE) – est une personne âgée de moins de 18 ans, de nationalité étrangère, présente sur le territoire national sans représentant·e légal·e. Ces jeunes relèvent de la protection de l'enfance au titre de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) du conseil départemental.

MNA en recours

Dans ce rapport, l'expression « mineur·e non accompagné·e en recours » désigne les personnes qui se déclarent mineures et isolées mais dont la minorité et/ou l'isolement n'ont pas été reconnus par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), compétence du département.

À la suite d'une décision de non-reconnaissance de minorité, ces jeunes peuvent saisir le juge des enfants pour faire reconnaître leur minorité et leur isolement. Cependant, cette saisine ne suspend pas la décision de non-admission à l'ASE et, en attendant qu'un·e juge statue sur leur situation, ces jeunes se trouvent dans un vide juridique : ni mineur·e·s reconnu·e·s bénéficiant de la protection de l'enfance, ni majeur·e·s disposant des documents permettant les démarches administratives classiques.



À RETENIR.

Note importante sur la terminologie. Dans ce document, le terme « MNA » fait également référence aux jeunes ayant été en recours ou en situation de recours suite à un refus de minorité, en accord avec la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et l'interprétation qui en est faite par le Comité des droits de l'enfant de l'ONU qui rappellent que les MNA doivent être considérés et traités comme des enfants tout au long de la procédure de détermination de l'âge. Sauf précision contraire, « MNA » désigne l'ensemble du public accompagné par le programme.

Santé

Selon l'OMS, la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹* », il s'agit aussi d'un droit humain qui doit être accessible à toutes et tous. Cette définition, complétée par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), dépasse la dimension curative pour intégrer la prévention et l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, dans ce programme, la santé est abordée non seulement à travers l'angle médical, mais aussi à travers l'angle social, politique et éthique.

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Santé mentale et psychosociale

La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et le rétablissement des personnes atteintes de ces troubles. Le « *soutien psychosocial* » désigne des activités qui répondent aux besoins psychologiques et sociaux des personnes, des familles, des groupes et des communautés, généralement dans les situations d'adversité. C'est « *un processus visant à rétablir la cohésion sociale et renforcer la résilience des personnes, des familles et des communautés en respectant l'indépendance, la dignité et les mécanismes d'adaptation de ces différentes entités*² ».

Médiation en santé

L'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé (26 janvier 2016) a introduit la médiation en santé dans le Code de la santé publique. Le référentiel publié par la Haute Autorité de santé en octobre 2017 définit la médiation en santé et en précise les contours.



À RETENIR.

Définition de la médiation en santé. « *La médiation en santé est un processus temporaire de "l'aller vers" et du "faire avec" dont les objectifs sont de renforcer :*

- *L'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun.*
- *Le recours à la prévention et aux soins.*
- *L'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé.*
- *La prise en compte, par les acteur-ric-e-s de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public. »*

L'aller vers est le déplacement physique « hors les murs », vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et vers les professionnel-le-s de santé ; d'autre part l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect. Source : Référentiel HAS sur la médiation en santé, octobre 2017 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf).

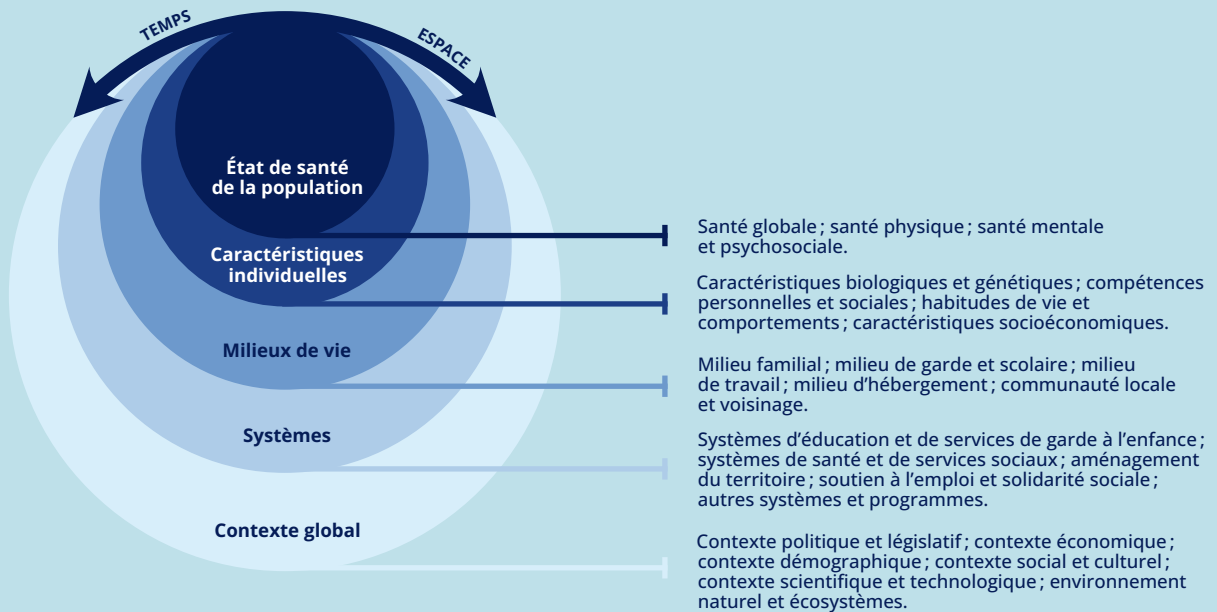
Déterminants de la santé

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* » (voir schéma page suivante). Les contextes dans lesquels les personnes grandissent et se socialisent impactent leur santé, leur façon de vivre et de concevoir la maladie ainsi que la réponse et l'accès aux services de santé existants. Ils permettent d'identifier les inégalités sociales qui représentent un frein pour accéder aux soins et aux droits à la santé³.

² Médecins du monde France, « Guide santé mentale et psychosociale », 2020.

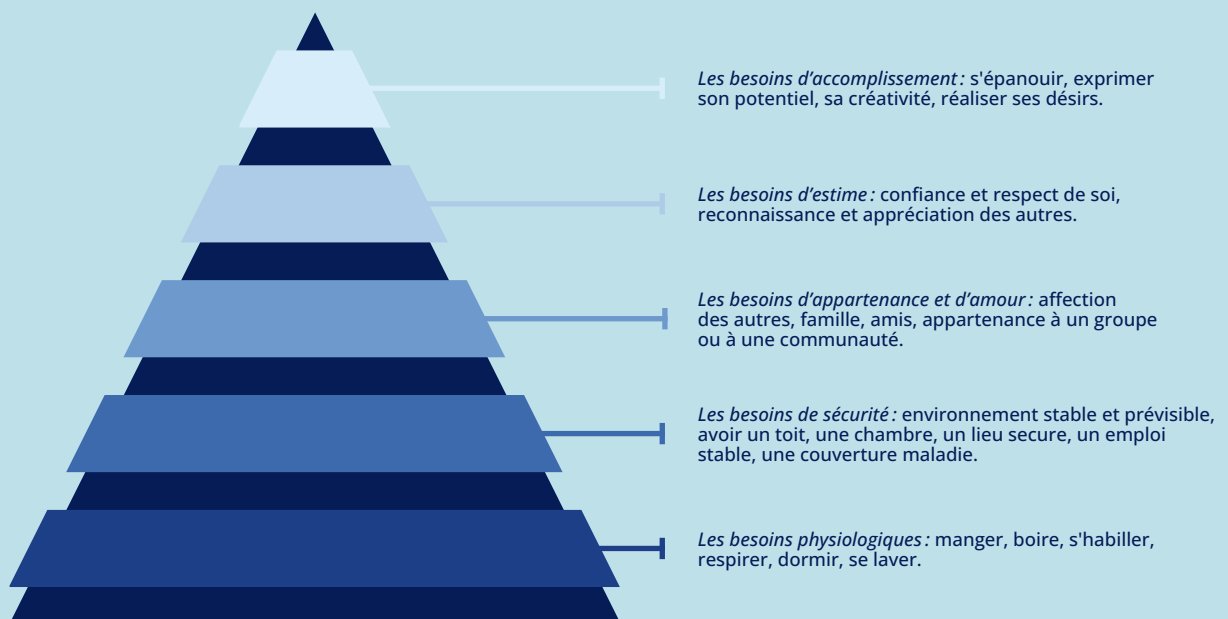
³ Médecins du Monde, « Accès aux soins. Les déterminants socioculturels », 2012.

↓ **Carte de la santé et de ses déterminants**



Source : Gouvernement du Québec, 2015.

↓ **Pyramide des besoins de Maslow**



Approche genre et santé

Le genre est un déterminant social influençant l'état de santé, l'accès aux soins et leur qualité, et pouvant compromettre l'exercice équitable et non discriminant du droit à la santé⁴. Intégrer une approche de genre en santé publique améliore la qualité des soins en tenant compte des différences liées au sexe et au genre et en luttant contre les inégalités. L'approche « genre et droits » permet aussi de transformer les représentations et stéréotypes, de repenser la manière d'aborder la santé et de favoriser la participation active des personnes et des communautés dans les actions de santé⁵.

Besoins fondamentaux et pyramide de Maslow

Le bien-être, selon l'OMS, peut être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. Ainsi, pour être en bonne santé, les besoins fondamentaux doivent être satisfaits.

Les besoins fondamentaux sont abordés, dans ce programme, selon la théorie de Maslow⁶, qui présente les besoins sous forme de cinq dimensions interdépendantes : physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement. Plutôt que de les considérer comme strictement ordonnés et hiérarchisés, cette approche met en lumière leur interaction et leur complémentarité. Dans cette perspective, MdM agit simultanément sur l'ensemble de ces dimensions, en cherchant à soutenir chaque personne de manière globale.

Littératie en santé

La littératie en santé correspond à la capacité à accéder, comprendre, évaluer et utiliser les informations pour agir sur sa santé. Elle repose sur des interventions simples pour rendre l'information accessible, des interventions plus complexes visant à renforcer les compétences et le pouvoir d'agir des publics, ainsi que sur la création d'un environnement favorable facilitant l'accès à l'information et l'exercice de ces compétences par tous et toutes⁷.

Empowerment : renforcer le pouvoir d'agir

Médecins du Monde estime que la participation des personnes aux projets qui les concernent est essentielle pour que les interventions soient pertinentes, acceptées et durables. L'organisation vise à soutenir les efforts de la personne pour amplifier ou retrouver les capacités d'actions de manière autonome, développer notamment l'estime de soi et les compétences psychosociales pour favoriser le développement d'un contrôle sur sa santé⁸,

⁴ OMS, « Genre et santé », 23 août 2018 [en ligne].

⁵ Médecins du Monde France, « Guide sur le genre », 2020.

⁶ Scribbr, « La pyramide de Maslow », 27 janvier 2020.

⁷ Promotion santé Île-de-France, « Littératie en santé : de l'accès à l'utilisation de l'information », 20 novembre 2023.

⁸ Médecins du monde, « Qu'est-ce que l'empowerment pour Médecins du Monde », 2020.

Compétences psychosociales

Les compétences psychosociales regroupent des capacités cognitives, émotionnelles et sociales favorisant le bien-être psychique, les relations à soi et aux autres et l'adaptation aux défis du quotidien. Pouvant être renforcées à tout âge, notamment chez les jeunes, elles sont essentielles en santé publique pour promouvoir le bien-être, la santé mentale, la réussite éducative, l'insertion professionnelle et prévenir les comportements à risque⁹.

Droit commun

L'expression « droit commun » fait référence à l'ensemble des structures existantes dédiées à la prévention et à la prise en charge médico-psycho-sociale de la population. Ces dispositifs, qu'ils soient publics, parapublics, associatifs ou privés, ont pour vocation d'être durables. À l'inverse, les projets menés par Médecins du Monde n'ont pas pour objectif de perdurer, mais visent à être transférés vers le « droit commun ».

⁹ Santé publique France, « Compétences psychosociales », 2 avril 2026.

COMPRENDRE

Comprendre le public, ses parcours et son environnement pour construire une réponse adaptée

Les MNA en recours : comprendre le public et son parcours 16

Le dispositif d'accueil provisoire d'urgence et d'évaluation	17
Le recours : un an à deux ans d'incertitude	17
Les conséquences : une précarité multidimensionnelle	17

L'impact du parcours sur la santé : une approche par les déterminants 18

Un état de santé dégradé	18
Les déterminants de santé à trois niveaux d'analyse	19
1. Niveau individuel : des obstacles qui relèguent la santé au second plan	19
2. Niveau milieu de vie : besoins fondamentaux et isolement social	20
3. Niveau des systèmes et du contexte global : un fonctionnement qui produit de la précarité	22

Comprendre le territoire pour choisir une stratégie pertinente 25

Six fonctions déterminantes de l'intervention	26
---	----

Les MNA en recours : comprendre le public et son parcours

En 2015, Nantes voit arriver nombre de mineur·e·s non accompagné·e·s, une population jusqu'alors peu visible sur le territoire. Ces jeunes, en grande précarité, se présentent aux services de l'Aide sociale à l'enfance en déclarant être mineur·e·s et isolé·e·s. À l'issue des procédures d'évaluation, la plupart d'entre eux sont exclus de la protection de l'enfance après une non-reconnaissance de leur minorité et ne bénéficient d'aucune protection institutionnelle. Ce sont les MNA dits « non reconnu·e·s ».

En 2024, parmi les 220 MNA reçu·e·s par MdM, 85 % déclaraient avoir entre 15 et 16 ans au moment de leur première visite (âge moyen : 15 ans et 6 mois). 96 % étaient originaires d'Afrique subsaharienne francophone, principalement de Guinée-Conakry (41 %), de Côte d'Ivoire (20 %) et du Cameroun (12 %). Les garçons représentaient 88 % du public.

Pour accompagner ces jeunes, il faut d'abord comprendre ce qu'ils traversent. Le parcours administratif d'un MNA en France est un processus complexe, dont chaque étape peut basculer vers la protection... ou vers l'exclusion. Cette section décrit ce parcours tel qu'il se déroule en Loire-Atlantique, en identifiant les moments clés et leurs conséquences.



À RETENIR.

Construire la connaissance du public. La compréhension du public accompagné doit être travaillée en amont de l'intervention et en continu en fonction des constats. Elle repose sur un croisement de sources :

- Données issues des permanences d'accueil (âge déclaré, origine, situation administrative)
- Entretiens d'accueil et de suivi individualisés
- Observations de terrain lors des permanences et accompagnements
- Analyse de la file active du programme
- Échange d'information avec d'autres acteur·rice·s travaillant avec les MNA.

✎ *Bonne pratique : croiser données quantitatives et récits de vie permet d'éviter une lecture uniquement statistique ou figée des situations.*



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

Pourquoi cette connaissance est essentielle ? Comprendre le parcours administratif permet à l'équipe de :

- Situer où en est chaque jeune dans son parcours et anticiper les prochaines étapes.
- Identifier les moments de vulnérabilité accrue (notification de rejet, attente d'audience...).
- Informer les jeunes sur leurs droits et les procédures.
- Adapter l'accompagnement aux enjeux du moment.
- Documenter les dysfonctionnements pour le plaidoyer.

Le dispositif d'accueil provisoire d'urgence et d'évaluation

À leur arrivée, ces jeunes se présentent au dispositif de mise à l'abri et d'évaluation des MNA (MAAEVA) de France terre d'asile, qui opère pour le compte du conseil départemental de Loire-Atlantique. Ils-elles bénéficient d'une mise à l'abri de cinq jours pendant laquelle une évaluation détermine s'ils-elles sont effectivement reconnu·e·s comme mineur·e·s et isolé·e·s.

Deux issues possibles :

- ✓ **Reconnaissance de la minorité et de l'isolement :** Le·a jeune bénéficie d'une prise en charge globale par l'ASE : hébergement stable, accompagnement socio-éducatif, scolarisation, couverture santé...
- ✗ **Rejet de minorité :** Le·a jeune bascule dans un vide juridique : ni mineur·e protégé·e, ni adulte régularisé·e. Fin de la mise à l'abri, remise à la rue et absence de prise en charge.

Le taux de reconnaissance a fortement chuté : de 54 % en 2015, il est passé à 31 % en 2024, soit 583 jeunes en demande de protection dont 269 reconnu·e·s par le CD44. Cela signifie que 7 jeunes sur 10 se déclarant mineur·e·s ne sont pas reconnu·e·s comme tel·le·s par le département.

Le recours : un a deux ans d'incertitude

Suite à un refus, les jeunes peuvent saisir le·a juge des enfants avec l'appui d'avocat·e·s et d'associations. Cette procédure dure en moyenne 12 à 24 mois.

Point crucial : le recours n'est pas suspensif, c'est-à-dire que pendant toute la procédure judiciaire, le·a jeune est considéré·e comme non mineur·e et ne bénéficie d'aucune protection institutionnelle.

Par ailleurs, même en cas de décision favorable du·de la juge des enfants, le Département peut saisir la Cour d'appel de Rennes, ce qui prolonge encore le délai de la procédure juridique.

Les conséquences : une précarité multidimensionnelle

Dès la notification de refus, le·a jeune se retrouve dans une situation de précarité immédiate :

- **Pas de prise en charge ASE :** Fin de la mise à l'abri, pas d'hébergement dédié ni d'accompagnement socio-éducatif adapté.
- **Pas d'accès à l'école publique :** Rupture du parcours scolaire.
- **Obstacles multiples à l'accès aux soins :** Barrières juridiques, administratives, financières et linguistiques.

En 2024, 87 % des jeunes suivi·e·s par Mdm étaient à la rue le jour de leur première visite.

Au-delà des conséquences matérielles, le refus produit une **double négation** vécue douloureusement par les jeunes :

- **Une négation administrative :** « tu n'es pas qui tu dis être » – l'âge, l'isolement, la parole sont contestés.
- **Une négation humaine :** « tu n'as pas le droit d'être protégé·e » – le système de protection semble ne pas s'appliquer à eux-elles.

Cette double négation crée un sentiment d'inexistence sociale. Sans statut, sans papiers reconnus, sans protection, ces jeunes ne sont ni mineur·e·s protégé·e·s, ni adultes régularisé·e·s. Leur statut hybride – parfois désignés comme « majeur·e·s », ou « ni-ni » – les place dans une précarité extrême qui affecte directement leur santé.

**TÉMOIGNAGES.**

« Quand on m'a dit que je n'étais pas mineur, je n'ai pas compris. J'ai mes papiers, j'ai mon âge. Pourquoi ils ne me croient pas ? » — R., 16 ans.

« Le plus dur ce n'est pas la rue. C'est de ne pas savoir. Est-ce que la juge va me croire ? Est-ce que je vais être expulsée ? Je peux pas dormir avec ces questions. » — S., 17 ans.

« Ici à MdM, c'est le seul endroit où on me demande comment je vais vraiment. Pas juste mes papiers. » — W., 15 ans.

**À RETENIR.**

Implication pour l'intervention. Avant de pouvoir parler de santé, de scolarité ou de projet, il faut d'abord que le·a jeune retrouve le sentiment d'exister, d'être reconnu·e comme personne, d'être entendu·e dans sa parole. Cela implique de prioriser la création d'un lien de confiance, d'adapter les temporalités à l'incertitude vécue, et de penser la santé comme indissociable de la sécurisation minimale des conditions de vie.

L'impact du parcours sur la santé : une approche par les déterminants

Nous avons décrit le parcours administratif et ses conséquences sur les conditions de vie. Il est maintenant important de comprendre comment ces conditions affectent la santé des jeunes. Cette section propose une analyse systémique à travers le prisme des déterminants de santé.

L'analyse des déterminants de santé présentée ici est le fruit d'un travail collectif mené sur plusieurs années au sein du programme.

- L'arbre à problèmes : un outil participatif élaboré en équipe pour visualiser les liens de causalité.
- Les entretiens individuels : chaque premier accueil explore les conditions de vie.
- Les données quantitatives : compilées dans la base de données du programme.
- Les observations de terrain : lors des permanences, accompagnements, temps collectifs.
- Le dialogue avec les partenaires, qui apportent leur expertise sur des dimensions spécifiques.

Cette analyse n'est jamais figée : elle évolue au fil des constats et des retours du terrain.

Un état de santé dégradé

Cette succession de violences – du pays d'origine au parcours migratoire, puis au rejet administratif – crée un état de profond découragement où les besoins sont multiples, entremêlés, et changeants.

Sur le plan somatique, on constate une prévalence élevée de pathologies infectieuses (hépatite B, tuberculose, parasitoses), de troubles bucco-dentaires, de traumatismes, de douleurs musculo-squelettiques ainsi que de pathologies gastro-intestinales liées à la malnutrition et au stress¹⁰.

¹⁰ Voir Médecins du Monde Nantes, Rapport annuel du programme MNA, 2024; Médecins du Monde et Médecins sans frontières, « Mineurs non accompagnés : Les lourdes conséquences sur la santé des politiques de non-accueil en France », 2023. Voir également l'avis du HCSP relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés de novembre 2019.

La santé mentale est tout aussi préoccupante : de nombreux jeunes présentent des signes de dépression, de troubles anxieux, et de stress post-traumatique. Ainsi, dès l'arrivée dans le pays d'accueil, 50 % des MNA présenteraient un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) et 25 % un état dépressif ou un trouble anxieux¹¹. Le manque de stabilité empêche toute continuité dans les soins et l'engagement dans une démarche thérapeutique devient difficile, voire impossible, dans un contexte d'urgence permanente.

Les besoins exprimés par les jeunes eux-mêmes lors des entretiens convergent : se loger, accéder à l'école, sortir de l'isolement social. Mais un besoin plus profond, moins visible, est revenu avec force : **celui d'exister, d'être reconnu·e, et de pouvoir vivre en sécurité, sans peur.**

Les filles, bien que partageant des vulnérabilités similaires, présentent des besoins spécifiques. Elles participent moins aux échanges en groupes mixtes, notamment sur les questions de santé sexuelle. Elles expriment un besoin d'information et d'accompagnement sur la grossesse, l'IVG, les mutilations génitales féminines et l'hygiène menstruelle.



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

La création du « groupe filles » à MdM a permis de libérer la parole sur des sujets tabous. Une jeune fille témoigne : « Ici, entre filles, on peut parler de tout. Même de choses qu'on n'ose pas dire aux garçons. C'est important d'avoir cet espace. » Ces vulnérabilités spécifiques ont conduit MdM à développer une réponse adaptée :

- Création de partenariats spécifiques : IVG, mutilation génitale féminine, entre autres.
- Groupes de parole pour les filles pour promouvoir la création de liens et la réduction de l'isolement, avec des thématiques les concernant.
- Création ou mise à disposition d'outils de sensibilisation autour des sujets d'intérêt des filles.

➤ Voir l'annexe B.4, fiche d'activité – Les ateliers collectifs, focus groupe Filles, p. 133.

Les déterminants de santé à trois niveaux d'analyse

Comme cité dans la partie terminologie de ce rapport, l'analyse des déterminants de santé nécessite une lecture qui articule cinq niveaux interdépendants : l'état de santé de la population, les caractéristiques individuelles, le milieu de vie, les systèmes et le contexte global.

Nous avons déjà vu les caractéristiques de l'état de santé de la population, voyons maintenant le reste des déterminants de santé des MNA : les obstacles individuels, la précarité des conditions de vie et l'isolement social, les défaillances structurelles du système, que celles-ci concernent les barrières propres au système de santé ou les dysfonctionnements liés au parcours d'accès à la protection de l'enfance.

1. Niveau individuel : des obstacles qui relèguent la santé au second plan

Face à la succession de violences vécues et au rejet institutionnel, ces jeunes se trouvent confronté·e·s à une accumulation d'obstacles individuels qui rendent l'accès à la santé quasi impossible :

¹¹ Radjack, R., Minassian, S. et Moro, M.-R., « Grandir quand on est mineur isolé », Revue de l'enfance et de l'adolescence, 93(1), 49-62, 2016.

- **Barrière linguistique** : faible maîtrise du français et des codes de communication, qui complique l'accès aux soins et la compréhension des démarches.
- **Niveau d'éducation limité** : compétences de lecture et d'écriture insuffisantes pour naviguer dans un système administratif complexe.
- **Désorientation** : difficultés à se repérer dans l'espace et le temps, dans une ville inconnue et un nouvel environnement culturel.
- **Incompréhension du système** : le système de santé français est complexe même pour ceux qui le connaissent – pour ces jeunes, il est totalement opaque.
- **Représentations différentes de la santé et des soins** : craintes liées aux bilans sanguins, conceptions différentes de la maladie et des soins.
- **Enjeux spécifiques liés aux relations de genre et à l'adolescence** : période clé de construction identitaire qui rend la situation de précarité et d'errance encore plus déstabilisante.
- **Manque de connaissances en santé** : méconnaissance des droits, des structures de soins, des démarches préventives, de leur anatomie.



À RETENIR.

Préjugés et représentations culturelles face aux soins. Il existe beaucoup de préjugés sur la médecine occidentale. Certain·e·s jeunes pensent que lors d'une prise de sang, beaucoup de sang va être prélevé, qu'il ne se renouvelle pas, que des expériences seront faites avec. Ces craintes peuvent les empêcher d'accéder aux soins de dépistage pourtant essentiels.

Du côté des professionnel·le·s de santé, le manque de formation à la prise en charge des personnes en situation d'exil et de précarité peut générer des difficultés : prises en charge jugées trop complexes, consultations trop courtes (15 minutes), prescriptions inadaptées à un mode de vie à la rue, méconnaissance des dispositifs disponibles comme l'interprétariat professionnel, ou encore réticence à l'utiliser. Le programme MNA a aussi constaté une attitude de jugement et questionnement vis-à-vis du statut administratif et de la minorité qui ne devrait pas avoir lieu lors d'une consultation médicale.

Tout au long de leur parcours de soins, il est important d'expliquer et de rassurer les jeunes sur ces craintes, qu'ils·elles ne vont pas forcément oser exprimer, et de respecter ces représentations culturelles sans les juger. La médiation en santé consiste ainsi à faire le pont entre ces différentes conceptions du soin, en respectant la libre adhésion du public accompagné.

2. Niveau milieu de vie : besoins fondamentaux et isolement social

Déterminants liés aux besoins fondamentaux

Nous avons vu que le milieu de vie des MNA est marqué par des situations d'errance et l'absence de réponses à leurs besoins fondamentaux qui impactent fortement leur santé.

Dans cet état de découragement et face à ces obstacles, la santé passe au second plan. Quand on ne sait pas où dormir ce soir, quand on a faim, quand on ne comprend pas la langue, aller voir un·e médecin devient une montagne infranchissable. De plus, du fait de l'absence de ressources, ces jeunes sont particulièrement vulnérables et exposé·e·s aux phénomènes d'emprise ou d'exploitation (trafics, abus sexuels, exploitation domestique, travail du sexe, pratiques addictives...).

Isolement social et défiance institutionnelle

La non-reconnaissance de minorité s'inscrit dans une expérience d'isolement social profond. Après un voyage souvent solitaire ou la rupture

↓ **Les déterminants et leurs impacts sur la santé**

Déterminant	Problèmes et impacts sur la santé
Hébergement	<p>Problème : Dispositifs non habilités à accueillir des MNA, sauf lorsqu'ils n'ont pas été reconnus comme tels par un département. Or, cette possibilité est souvent méconnue, y compris par les professionnel·le·s du secteur. De plus, ces dispositifs sont souvent saturés et parfois discriminants. Accès en journée très limité. Aucun hébergement durable avec accompagnement social adapté. De plus, les structures médico-sociales (hébergements, accueils de jour) disposent rarement de services d'interprétariat.</p> <p>Impacts sur la santé : Sans hébergement stable, impossible de se reposer, de suivre un traitement régulier, de conserver des médicaments ou des documents, de prendre soin de son hygiène. La rue expose aux violences, au froid, aux maladies. L'instabilité complexifie l'inscription dans un parcours de soins et leur continuité des soins.</p> <p> Remarque : Les MNA en recours peuvent bénéficier d'un hébergement d'urgence au même titre que les personnes majeures sur présentation de la décision de non-admission à l'ASE. Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 et Arrêté du 20 novembre 2019, art. 10.</p>
Alimentation	<p>Problème : Sans allocation ni ressources financières, dépendance totale aux associations.</p> <p>Impacts sur la santé : Malnutrition, carences, affaiblissement du système immunitaire. Les week-ends sans accès à l'alimentation aggravent la précarité. Un corps affaibli par la faim est plus vulnérable aux infections et aux maladies</p>
Scolarisation	<p>Problème : Pas d'accès à l'école publique en raison de leur statut.</p> <p>Impacts sur la santé : L'école est un lieu de socialisation, d'apprentissage, de structure, de projection dans l'avenir. Sans scolarisation, les jeunes perdent un cadre protecteur, des repères, des liens sociaux. L'exclusion scolaire renforce le sentiment d'inexistence et alimente le découragement, alors même que ces jeunes inscrivent la scolarité comme l'une de leurs priorités</p>
Sport et loisirs	<p>Problème : La demande d'autorisation parentale, la souscription d'une assurance ou le paiement d'une adhésion bloque l'accès des jeunes à ces activités.</p> <p>Impacts sur la santé : Privation d'activités essentielles au bien-être physique et mental et à la socialisation</p>
Transports et mobilité	<p>Problème : Sans ressources, accès limité aux transports en commun.</p> <p>Impacts sur la santé : Impossibilité de se rendre à des rendez-vous médicaux éloignés, de rejoindre des structures d'aide, de maintenir des liens sociaux. L'immobilité géographique renforce l'isolement et restreint l'accès aux soins. La crainte d'être contrôlé sans titre de transport augmente le stress</p>
Téléphonique et numérique	<p>Problème : Non équipés, peu informés des lieux d'accès au numérique, éducation numérique limitée, absence de ressources financières pour acheter du crédit téléphonique.</p> <p>Impacts sur la santé : Impossibilité de prendre des rendez-vous en ligne (Doctolib), d'accéder à l'information santé, de réaliser des démarches administratives dématérialisées ou d'appeler le 115. L'exclusion numérique et le nonaccès aux moyens de communication aggrave l'isolement social et complique l'accès aux droits et aux soins.</p>
Accompagnement social	<p>Problème : Aucun accompagnement social adapté malgré leur âge et leur précarité extrême.</p> <p>Impacts sur la santé : Sans accompagnement, les jeunes doivent naviguer seuls dans un système complexe, avec des obstacles à chaque étape. L'absence d'accompagnement social amplifie tous les autres obstacles et rend l'accès à la santé quasi impossible.</p>

des liens familiaux, les jeunes se retrouvent dans une ville inconnue, sans repères, sans réseau de soutien, sans adulte référent·e vers qui se tourner. **Cet isolement est d'autant plus violent qu'il survient à l'adolescence**, moment clé de construction identitaire et de socialisation.

Le refus de l'ASE ne représente pas seulement l'absence de prise en charge : il renforce l'impression d'être seul·e face à tout. Ce rejet institutionnel alimente en retour **une crainte et une défiance profonde envers les institutions** : si le système censé protéger les mineur·e·s m'a rejeté·e, pourquoi ferais-je confiance aux autres services publics ? Cette défiance complique l'accès aux soins – comment s'adresser au système de santé quand le système de protection a signifié « tu n'as pas ta place ici » ?

Dans ce vide, le principal appui devient souvent un réseau de pair·e·s elleux-mêmes en grande précarité. Ce réseau joue un rôle crucial pour la survie quotidienne (partage d'informations, de ressources, soutien moral), mais il ne peut se substituer à une protection institutionnelle. Les collectifs citoyen·ne·s et associations viennent alors combler une partie des manques : pour certain·e·s, ils constituent le seul recours pour accéder aux besoins essentiels. Toutefois, malgré leur engagement, ces acteur·rice·s disposent de moyens limités et ne peuvent, à eux·elles seul·e·s, remplacer une réponse publique coordonnée.

3. Niveau des systèmes et du contexte global : un fonctionnement qui produit de la précarité

Au-delà des obstacles liés au milieu de vie, à un niveau plus structurel, les failles du système lui-même participent à la dégradation de leur état de santé.

Déterminants liés au système de santé

Même lorsqu'un jeune surmonte tous les obstacles précédents et se présente dans une structure de soins, le système de santé lui-même présente des barrières spécifiques qui compliquent encore davantage l'accès à la santé¹².

→ **Obstacles à l'ouverture de droits :**

- Les MNA ont théoriquement droit à l'AME dès l'évaluation, mais les pratiques sont très variables selon les territoires.
- L'absence de domiciliation (liée à l'absence de logement stable), exigée pour l'ouverture des droits à la santé, crée un engrenage : pas de domiciliation = pas d'AME = pas d'accès aux soins.
- L'exigence d'éléments extra-légaux de la part des agents de la CPAM pour que les MNA obtiennent l'AME : les MNA en recours peuvent bénéficier de l'AME en tant que mineur·e·s, sans condition de durée minimale de présence sur le territoire et sans justificatifs de ressources¹³.

Résultat : Sans accompagnement dans l'accès aux droits, de nombreux jeunes restent sans couverture maladie.

→ **Obstacles dans la prise en charge médicale**

- **Formation insuffisante des soignants** : les professionnel·le·s de santé sont encore trop peu formé·e·s à la prise en charge des patient·e·s en situation d'exil ou en précarité, ce qui entraîne des refus de prise en charge, des retards ou des renoncements aux soins.

¹² Médecins du Monde, « L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France, cadre légal et dysfonctionnement », 2017.

¹³ Circulaire N° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011.

- **Méconnaissance des exceptions :** pour certains soins, les MNA doivent souvent produire des autorisations parentales qu'ils ne peuvent pas fournir. Les exceptions permettant un accès aux soins effectif et sans délais sont méconnues des professionnel·le·s.
- **Outils inadaptés :** carnet de santé classique, panier de soins limité et prestations exclues de l'AME (audio, optique et dentaire, dispositifs de prévention et de dépistage...).
- **Prise en charge des violences et réduction des risques insuffisantes :** réponses souvent policières ou judiciaires plutôt que centrées sur la santé publique, laissant les professionnel·le·s démuni·e·s face aux jeunes victimes.



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

La note d'instruction de l'ARS Pays de la Loire sur l'accès aux soins des MNA.

Pour accéder à certains soins, les MNA doivent produire des autorisations parentales qu'ils ne peuvent évidemment pas fournir. Des exceptions légales existent mais sont méconnues des professionnel·le·s de santé. En juillet 2023, l'ARS Pays de la Loire a diffusé une note d'instruction précisant ces exceptions, sécurisant ainsi les pratiques des soignant·e·s. Des notes similaires existent en Île-de-France et dans les Bouches-du-Rhône.



Obstacles spécifiques à l'accès aux soins de santé mentale



Schéma produit par l'équipe de MdM Nantes (icônes Noun Project)

Les MNA cumulent tous les facteurs de risque en santé mentale : traumas liés au parcours migratoire, perte des repères familiaux, rejet institutionnel, stress chronique lié à la précarité, incertitude permanente, impossibilité de se projeter dans l'avenir. **Ces expériences difficiles entraînent une perte de compétences psychosociales, sans dispositifs institutionnels pour les renforcer.** Et le système de santé mentale est particulièrement inadapté à leurs besoins :

- Repérage insuffisant par les médecins généralistes et professionnel·le·s médico-sociaux (stress post-traumatique, risque suicidaire non détectés).
- Structures de droit commun saturées et inadaptées : des délais extrêmement longs pour obtenir un RDV en CMP et des professionnel·le·s de santé en difficultés pour les prises en charge complexes.
- Recours insuffisant à l'interprétariat (pourtant désormais souvent accessible et essentiel pour le travail thérapeutique), compliquant l'orientation des non-francophones.
- Dispositif « Mon Psy » insuffisant : 12 séances courtes, peu adaptées aux situations nécessitant de l'interprétariat.
- Absence d'hébergement adapté pour les troubles sévères : des jeunes se retrouvent à la rue avec des traitements lourds.
- Urgences psychiatriques sans suivi : consultation suivie de la remise d'un traitement mais sans RDV de suivi.
- Accès difficile à la pédopsychiatrie : refusé·e·s car non reconnu·e·s mineur·e·s, peu adapté aux conditions des MNA.

Conséquence : ces jeunes qui auraient besoin d'un suivi en santé mentale y ont très difficilement accès. L'errance et la précarité aggravent les troubles, qui eux-mêmes rendent plus difficiles la sortie de la précarité. C'est un cercle vicieux.

Déterminants liés au contexte juridique

La phase d'évaluation de la minorité constitue **une étape clé et un enjeu fondamental** pour les jeunes. Or, les modalités de cette évaluation produisent elles-mêmes des obstacles supplémentaires qui affectent directement la santé :

- **Bilan de santé à renforcer pour la rendre systématique :** L'évaluation des vulnérabilités en santé pendant la phase d'évaluation, qui passe par un entretien infirmier en Loire-Atlantique, n'est pas encore systématique et ne prend pas suffisamment en compte la santé mentale, faute de moyens et de temps dédiés¹⁴.

FOCUS

Besoins fondamentaux et oisiveté : « Je veux faire quelque chose »

Selon un bénévole psychologue du programme, les besoins en santé des jeunes ne peuvent être dissociés de leurs besoins fondamentaux. La santé mentale se construit d'abord sur des conditions matérielles et relationnelles minimales.

- **La sécurité comme socle de la santé :** « Un vrai besoin de sécurité. La santé commence déjà par ça, et ça passe par manger, dormir et vivre en sécurité, donc avoir un logement. »
- **L'oisiveté comme source de souffrance :** « Toutes les demandes des jeunes, c'était : je veux faire quelque chose, je veux aller à l'école. » L'absence d'activités renforce l'angoisse, la rumination et le sentiment d'être « bloqué·e », sans perspective.
- **Lien social et environnement relationnel :** la qualité des relations est un indicateur clé. Le·a jeune dispose-t-il encore de compétences relationnelles, ou se trouve-t-il déjà dans un processus de désocialisation ?
- **Loisirs, sport collectif et liens de remplacement :** « Il faut aussi des ami·e·s, du relationnel, des copain·ine·s. Il faut avoir accès aux loisirs, au sport collectif, pour pouvoir créer du lien là où il y a eu de la rupture. »

Le sport, l'école et les loisirs ne constituent donc pas des « à-côtés » de l'intervention : ils sont des conditions essentielles de la santé mentale, et des leviers pour recréer du lien là où les liens familiaux sont éloignés, rompus ou ambivalents.

¹⁴ Voir à ce sujet HCSP, « Bilan de santé des enfants isolés étrangers », 2019 ; Ministère de la Justice, « Guide d'évaluation des premiers besoins de santé des mineurs non accompagnés », 2023.

- **Aucune action de prévention et de dépistage** : À moins qu'une problématique de santé ne soit identifiée pendant l'APU, aucune action de dépistage systématique n'est engagée, alors que la phase d'évaluation pourrait constituer une réelle opportunité pour que le·a jeune bénéficie d'une évaluation globale de son état de santé.
- **Critères d'évaluation subjectifs et aléatoires** : Les critères d'évaluation de la minorité (l'apparence, l'attitude et le comportement) sont subjectifs et conduisent à des résultats d'évaluation différents d'un département à un autre.
- **Informations insuffisantes au moment du rejet** : Informations et orientations encore insuffisantes au moment de la notification de rejet.
- **Recours non suspensif** : Le recours n'étant pas suspensif, les MNA ne bénéficient d'aucune prise en charge spécifique pendant le temps du recours (problématique nationale).
- **Cadre réglementaire inadapté** : Cadre réglementaire national qui privilégie une logique de suspicion au détriment d'une logique de protection de l'enfance.

Cette analyse des déterminants de santé révèle un problème systémique : le rejet de minorité entraîne l'absence de protection institutionnelle, qui génère l'errance – précarité extrême, isolement social et défiance envers les institutions. La santé physique et mentale se dégrade, le découragement s'installe, et la santé est reléguée au second plan des priorités de survie. À cela s'ajoutent les obstacles propres au système de santé, rendant quasi impossible le maintien d'un parcours de soins cohérent.



À RETENIR.

La nécessité d'une approche globale en santé. Ce constat montre qu'on ne peut pas aborder la santé des MNA en recours sans considérer simultanément l'hébergement, l'alimentation, l'accès aux droits, la scolarisation, le lien social et l'accompagnement. C'est précisément cette approche globale en santé qui a guidé la construction du programme de Médecins du Monde à Nantes, en s'appuyant sur les ressources et les acteurs du territoire.



POUR ALLER PLUS LOIN.

Arbre à problèmes. L'arbre à problèmes élaboré par le programme MNA permet de visualiser de manière systémique les besoins et déterminants de santé des MNA en recours, ainsi que les enchaînements menant à la dégradation de la santé physique et mentale et aux ruptures de parcours de soins.

➤ Voir annexe A.2 – Arbre à problèmes du programme MNA de février 2020, p. 109.

Comprendre le territoire pour choisir une stratégie pertinente

Dès le démarrage du programme, Médecins du Monde s'est inscrit dans un territoire fortement mobilisé autour des MNA, caractérisé par une importante dynamique citoyenne et associative. Cette mobilisation constituait un socle fort, mais elle reposait principalement sur des interventions sectorielles, peu articulées entre elles, et laissait la question de la santé dans une position périphérique. La première étape du programme a été de bien comprendre le contexte et ses acteurs au travers d'un diagnostic et d'une cartographie, renouvelés au cours de l'action.

L'expérience du programme et les résultats obtenus au fil des années ont permis d'identifier plusieurs fonctions clés qui n'étaient pas prises en charge de manière structurée. Ces fonctions constituent précisément les axes sur lesquels l'intervention de Médecins du Monde est venue se positionner.



À RETENIR.

Cartographier son écosystème. Avant de lancer une intervention, il est essentiel de répondre à ces questions :

- Qui fait quoi ? Quel·le·s acteur·rice·s interviennent déjà ? Quelles dimensions couvrent-ils-elles ?
- Quels espaces de coordination existent ? Collectifs, réseaux, instances de dialogue ?
- Quels besoins restent non couverts ? Quelles articulations manquent ?
- Quel est le contexte institutionnel ? Posture des institutions, ouvertures, blocages, respect du cadre légal ?

Cette cartographie peut se faire par des rencontres bilatérales, la participation aux espaces de coordination existants, l'observation de terrain et la connaissance du cadre légal applicable.

Six fonctions déterminantes de l'intervention

1. **L'articulation autour de la santé globale :** les interventions existantes répondaient à des besoins essentiels (juridiques, sociaux, alimentaires, hébergement), mais sans acteur chargé de faire le lien entre ces dimensions et leurs impacts sur la santé des MNA et leur accès aux soins.
→ *MdM a organisé l'orientation vers les besoins fondamentaux et vers l'ensemble des partenaires du territoire intervenant auprès des MNA.*
2. **Un espace d'accueil collectif adapté au public :** Il n'existait pas d'espace d'accueil de jour adaptés aux spécificités des MNA et leur offrant un lieu de répit, de socialisation et d'accompagnement psychosocial – un lieu où poser leurs affaires, souffler, et être accueilli·e·s de manière inconditionnelle.
→ *MdM a mis en place une permanence d'accueil dédiée aux MNA.*
3. **Une fonction d'interface avec le système de santé.** Aucun dispositif n'assurait de manière structurée l'accompagnement physique vers les consultations, la préparation aux rendez-vous médicaux ou la traduction des codes du système de santé français.
→ *MdM a mis en place un dispositif de médiation en santé avec des accompagnements physiques, l'orientation vers le·a médecin généraliste, la création d'une interface soignant·e/soigné·e.*
4. **Un espace de première écoute en santé mentale.** Il n'existait pas d'espace immédiatement accessible, sans prescription préalable, permettant le repérage et l'orientation des souffrances psychiques.
→ *MdM a mis en place l'espace MPS (médico-psycho-social) avec des psychologues proposant un premier espace d'écoute et d'orientation, activité reprise plus tard par les institutions.*

5. **Une prévention adaptée aux spécificités des MNA.** Les actions de prévention existantes sur le territoire n'étaient ni ciblées sur ce public, ni adaptées à ses réalités culturelles, linguistiques et psychosociales.
→ *MdM a mis en place des ateliers collectifs avec des thématiques adaptées au public MNA et pouvant être conduits par l'équipe bénévole ou en appui de partenaires.*

6. **Un plaidoyer sanitaire documenté.** L'absence de données consolidées sur l'état de santé des MNA et les conditions d'évaluation limitait la capacité des acteurs à porter une parole structurée et argumentée auprès des institutions.
→ *MdM a développé une collecte de données, établi des rapports d'activités, des notes de synthèse, organisé une participation aux espaces de plaidoyer pour faire évoluer la réalité des MNA.*

*

La partie suivante (Se positionner) pose les fondements de l'intervention : sur quels cadres de référence s'appuyer, et à quels niveaux agir pour répondre à cette réalité.

*

SE POSITIONNER

Les fondements d'une intervention auprès des MNA

Trois cadres pour agir 30

- La santé au-delà du soin : une approche globale 30
- La médiation en santé : créer du lien, lever les obstacles 31
- La stratégie France de MdM : soigner et transformer 32

Une posture singulière 33

- Aller vers et créer le lien : se déplacer, s'ouvrir 33
- Faire avec : accompagner sans faire à la place 33
- Ne pas se substituer : un principe structurant 34
 - Un positionnement politique autant qu'opérationnel* 34
 - Traductions opérationnelles concrètes* 35
 - Le-a médecin généraliste au centre du dispositif* 35
 - Les tensions du principe de non-substitution* 35
- Travailler en réseau : coalitions et causes communes 36

Agir à trois niveaux : de l'individu au système 37

Cette partie présente les cadres de référence et le positionnement qui fondent l'intervention de Médecins du Monde auprès des MNA. Elle articule principes théoriques et posture concrète pour passer de la compréhension à l'action.

Trois cadres pour agir

L'intervention s'appuie sur trois cadres de référence complémentaires : une approche globale de la santé, le référentiel de la médiation en santé, et la stratégie d'intervention de Médecins du Monde en France. Ces cadres ne sont pas de simples références théoriques : ils structurent concrètement les choix opérationnels et la posture d'accompagnement.

La santé au-delà du soin : une approche globale

Comme évoqué précédemment, pour les MNA, cette approche prend un relief particulier : il est difficile d'orienter un jeune vers un·e médecin s'il dort dans la rue, n'a pas de couverture maladie, ou souffre d'une détresse psychologique aiguë liée à son parcours migratoire.

L'intervention s'articule autour de trois composantes qui forment un tout indissociable et dont les conditions de vie constituent un déterminant central de la santé globale.

Le cœur et la tête*

La santé mentale

Soutien psychologique, espaces d'écoute, renforcement des ressources internes, gestion du stress et des émotions.

Le corps

La santé physique

Accès aux soins curatifs, examens préventifs, vaccinations, suivi médical régulier.

Les conditions de vie

Les déterminants sociaux

Hébergement, alimentation, accès aux droits, domiciliation, couverture maladie, scolarisation, culture et loisirs.

* Certains MNA utilisent le mot « santé du cœur » pour parler du bien-être mental, un terme qui implique une approche interculturelle. Voir Halder, F., « Du rêve parental au cauchemar du trauma et du rejet : les mineurs isolés sud-asiatiques en France », *Migrations Société*, 161(5), 197-220, 2015.

Cette conception globale traverse l'ensemble du programme : l'accompagnement ne se limite jamais à « obtenir un rendez-vous médical » mais intègre systématiquement toutes les dimensions qui conditionnent l'accès effectif aux soins et le bien-être des jeunes.



TÉMOIGNAGE.

« On explique aux jeunes : la santé du corps, la santé du cœur, la santé de la tête – on peut parler de tous les sujets avec le médecin généraliste. Il y a la confidentialité, comme avec Médecins du Monde. » — Coordinateur programme MdM.

Dans ce type d'approche, la santé est identifiée comme un angle central et consensuel pour initier l'accompagnement de ce public. Ce qui permet de créer un premier lien de confiance autour d'un besoin concret, légitimer l'intervention sans stigmatisation (« on parle santé, pas statut »), identifier progressivement les autres besoins à travers les entretiens et travailler les déterminants sociaux de la santé dans une logique intégrée.



TÉMOIGNAGE.

« La santé est une porte d'entrée consensuelle. On ne peut pas refuser de soigner quelqu'un. Et à partir de là, on peut travailler sur tout le reste : les droits, l'hébergement, la scolarisation... » — Chargé de mission Accès aux soins. Observation de la santé · Direction santé publique – ville de Nantes.

La médiation en santé : créer du lien, lever les obstacles

Une double dimension – accompagner les personnes et agir sur le système – structure l'intervention. Le travail porte simultanément sur l'accès individuel aux soins et sur l'évolution des pratiques professionnelles et institutionnelles.

Le médiateur ou la médiatrice en santé est avant tout un·e facilitateur·rice entre un public spécifique et un groupe de professionnel·le·s. Son rôle repose sur une double expertise : la connaissance des professionnel·le·s (contraintes, langage, méthodes) et la compréhension fine des jeunes MNA (besoins, attentes, références culturelles, réalités de vie).



TÉMOIGNAGE.

« Je ne veux pas être un intermédiaire. Le médiateur est un facilitateur entre un public déterminé et un groupe de professionnels. Dans l'intermédiaire, il y a quelque chose, une troisième entité, alors que la médiation, elle est vouée à disparaître à un moment donné. Il faut que ça soit plus un passage. » — Responsable de mission MdM.

Au-delà du référentiel officiel, l'intervention a contribué à diffuser une approche partagée où santé et social ne sont plus pensés séparément. Les partenaires du territoire intègrent désormais les déterminants sociaux (hébergement, alimentation, isolement, statut administratif) comme des leviers essentiels de l'accompagnement en santé – et réciproquement.

**TÉMOIGNAGE.**

« Médecins du Monde a développé une vraie culture de la santé sociale. Ce n'est pas que du médical, ce n'est pas que du social – c'est les deux ensemble, et c'est ça qui manquait sur le territoire. » — Chargé de mission, Direction santé publique – ville de Nantes.

**VIGILANCE.**

Ce que la médiation en santé n'est pas. Le·a médiateur·rice en santé n'est pas un·e travailleur·se social·e. Il·elle informe, oriente, accompagne, mais ne se substitue pas aux professionnel·le·s du secteur.

Le·a médiateur·rice en santé n'est pas un·e professionnel·le de santé. Il·elle repère, identifie, informe, oriente – mais ne conseille pas sur le plan médical. Le·a médiateur·rice en santé n'est pas un·e représentant·e des personnes ou des institutions. Il·elle se situe à l'interface, avec une posture neutre et indépendante.

Le·a médiateur·rice en santé n'a pas vocation à se substituer à l'interprète professionnel·le.

Source : Note Médiation en santé, MdM, 2018.

La stratégie France de MdM : soigner et transformer

Le programme s'inscrit dans la stratégie nationale de Médecins du Monde France 2020-2025, dont la devise « *La santé comme un droit, l'altérité comme une évidence, le changement social comme un horizon* » résume la philosophie d'action.

La stratégie France de MdM structure l'intervention autour de quatre orientations fondamentales qui dépassent la seule dimension du soin :

1. **Promouvoir la santé.** Par l'accès aux soins et l'évolution du droit. Vise un accès inconditionnel et universel aux soins.
2. **Développer la capacité d'agir.** L'empowerment permet aux individus et groupes de développer leur pouvoir d'agir sur les déterminants de leur santé.
3. **Favoriser les coalitions.** Le développement d'alliances renforce le poids des combats et permet de partager les expertises et les compétences.
4. **Promouvoir l'engagement.** Les interventions reposent sur l'engagement de bénévoles et articulent accompagnement, soin, témoignage et plaidoyer en faveur d'un accès inconditionnel aux droits.

Ces orientations stratégiques traduisent la conviction que l'accompagnement individuel ne suffit pas : il doit s'articuler avec une action sur les politiques publiques et les pratiques institutionnelles. Le soin n'est pas une fin en soi mais un levier de transformation sociale. Cette approche distingue l'intervention d'une simple offre de services pour en faire un projet de changement.

Une posture singulière

Les trois cadres de référence – santé globale, médiation en santé, stratégie associative – se traduisent dans un positionnement concret qui guide l'action au quotidien. Ce positionnement repose sur cinq piliers complémentaires, dont l'adaptation et la flexibilité constituent le fil conducteur.

Aller vers et créer le lien : se déplacer, s'ouvrir

Pour les MNA, l'aller-vers se traduit par un double mouvement. D'abord, se rendre là où les jeunes se trouvent réellement : distributions alimentaires, lieux de vie, structures partenaires accueillant ce public. Plutôt que d'attendre qu'ils-elles viennent d'eux-mêmes vers les dispositifs de santé – ce qui est souvent irréaliste compte tenu de leur défiance institutionnelle et de leur situation d'errance – c'est une pratique nécessaire que d'aller vers eux-elles. À Nantes, l'équipe de MdM a pris contact avec les associations faisant des maraudes ou d'autres actions d'aller-vers (par exemple l'Agence départementale de prévention spécialisée) pour les informer sur la situation des MNA et les lieux d'orientation possibles, dont MdM.

Ensuite, proposer un accueil véritablement inconditionnel : les jeunes peuvent venir autant qu'ils-elles le souhaitent aux permanences collectives, avec ou sans demande particulière. Certains viennent simplement pour se reposer, être dans un endroit chauffé et accueillant, rencontrer d'autres jeunes. Cette présence sans exigence de contrepartie crée progressivement les conditions de la confiance.

L'errance et la vie à la rue rendent difficile toute démarche qui suppose de se projeter, de respecter des horaires, de conserver des documents ou de revenir « au bon moment ». Les retards, absences ou ruptures de suivi ne traduisent pas nécessairement un désengagement : ils sont souvent l'expression de priorités de survie, d'obstacles concrets (fatigue, insécurité, déplacements subis, manque d'informations, barrière de langue) et d'une méfiance parfois liée à des expériences antérieures de rejet.

L'aller-vers et la création de lien ne sont donc pas seulement des modalités d'intervention : c'est une condition d'accès à un public qui, par définition, ne peut pas venir spontanément vers les dispositifs.



TÉMOIGNAGE.

« J'aime parce qu'elle respecte l'heure. Quand on dit 15 h, 15 h, elle est là. À la fois, toi-même, tu n'es pas encore arrivé, mais elle est déjà là. Elle t'attend. Ça me fait vraiment plaisir. » — Jeune garçon MNA.

Cette fiabilité prend un sens particulier pour des jeunes qui ont vécu le rejet administratif et l'instabilité permanente. Chaque rendez-vous tenu, chaque promesse respectée reconstruit progressivement une capacité à faire confiance aux adultes et aux institutions – condition préalable à tout engagement dans un parcours de soins.

Faire avec : accompagner sans faire à la place

Le « faire avec » constitue le second pilier de la médiation en santé. Le référentiel HAS définit la médiation comme « *un processus [...] dont les objectifs sont de renforcer l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé* ».

Ce principe revêt une importance particulière pour des adolescent·e·s en construction identitaire qui devront, à leur majorité, gérer seul·e·s leur

parcours de santé dans un système qu'ils découvrent. L'enjeu est de trouver un équilibre délicat : développer progressivement leur autonomie sans les « *adultiser* » prématurément, c'est-à-dire sans leur imposer une responsabilité qu'ils-elles ne sont pas en mesure d'assumer seuls à ce stade.

L'équipe a développé une approche qui évite à la fois l'abandon (laisser faire seul trop tôt) et la dépendance (faire à la place systématiquement) :

Étape	Description
1. Informer	Avant toute démarche, s'assurer que le·a jeune comprend ce qui va se passer. Transmettre les informations de base sur le système de santé, les structures, les démarches, avec un langage accessible et des supports adaptés, et faciliter un outil d'interprétariat mobilisable tout au long de l'accompagnement. Prendre le temps d'expliquer les codes culturels du système de santé français en s'appuyant sur la complémentarité des temps individuels et collectifs.
2. Faire avec	L'accompagnateur reste physiquement présent mais passe en retrait : c'est le·a jeune qui agit (téléphoner, se présenter à un accueil, formuler une demande), l'accompagnateur n'intervient qu'en cas de besoin. On montre comment faire, puis on laisse faire en restant disponible.
3. Laisser faire	Le·a jeune réalise la démarche de manière autonome. L'équipe reste disponible si besoin, rappelle avant les rendez-vous importants, vérifie que tout s'est bien passé. Le passage à cette étape dépend du rythme de chaque jeune - certains y arrivent en quelques semaines, d'autres ont besoin de plusieurs mois.



TÉMOIGNAGE.

« Au début je les accompagne, je fais moi-même mais j'essaie de leur expliquer les choses. Je montre comment je cherche sur le plan. Au bout de deux ou trois fois, je leur propose de me montrer en leur disant : cette fois c'est toi qui va me montrer, je suis avec toi mais maintenant tu es en capacité de... » — Bénévole MdM.



TÉMOIGNAGE.

« La fois passée, quand on est parti, ils m'ont montré comment faire. Quand tu arrives, il faut d'abord passer dans le secrétariat. Après, tu vas voir le médecin. Ils t'expliquent comment faire tout ça. Et je l'avais capté. Aujourd'hui, j'ai décidé d'essayer par moi-même. » — Jeune garçon MNA.

Ne pas se substituer : un principe structurant

La non-substitution au droit commun constitue un principe cardinal de l'intervention. Il ne s'agit pas d'une simple règle opérationnelle mais d'un choix politique fort : refuser de créer un système parallèle de prise en charge qui dispenserait les institutions de leur responsabilité envers ce public.

Un positionnement politique autant qu'opérationnel

Ce principe découle directement de la stratégie France de Médecins du Monde : les projets développés tiennent compte du contexte local, des dynamiques d'acteurs et partenariales existantes. L'arrêt des activités

s'envisage en fonction de résultats qui peuvent prendre différentes formes : l'autonomisation des personnes, une évolution positive du droit et/ou des dispositifs.

Ce positionnement s'inscrit dans l'histoire et l'identité de Médecins du Monde : « *notre raison d'être, ce serait de ne plus exister* » – autrement dit, l'intervention vise à rendre inutile sa propre existence en faisant évoluer les conditions structurelles d'accès aux droits et aux soins.



TÉMOIGNAGE.

« On joue un peu ce rôle de conseil, de guidance, d'assurance, d'autonomisation. Mais avec l'idée de laisser le médecin généraliste au centre, en logique de non-substitution. Pour nous, une fois que le jeune a un médecin, il est rentré dans le droit commun et c'est le médecin qui doit coordonner son parcours de soins. »
— Coordinateur programme MdM.

Traductions opérationnelles concrètes

Ce principe se traduit par des choix opérationnels structurants qui distinguent l'intervention d'une simple offre de services :

✗ Ce que le programme ne fait pas :

- Pas de consultations médicales au sein de l'association.
- Pas de suivi psychologique au long cours.
- Pas de création de dispositifs parallèles.

✓ Ce que le programme fait à la place :

- Orientation systématique vers les médecins généralistes de ville.
- Entretiens d'écoute limités (3-5 séances) comme « sas » avant orientation.
- Utilisation systématique des dispositifs existants, énergie mise sur la facilitation de l'accès.

Le·a médecin généraliste au centre du dispositif

L'obtention d'un·e médecin généraliste constitue un objectif central du parcours de soins. Ce choix n'est pas anodin : il signifie que le·a jeune entre dans le droit commun et dispose d'un·e professionnel·le de référence qui coordonne son parcours de santé. Le rôle de Médecins du Monde devient alors celui d'un·e facilitateur·rice ponctuel, non d'un·e coordinateur·rice permanent.



TÉMOIGNAGE.

« Le médecin généraliste, c'est à la fois du temps, de la relation, et un relais. C'est lui qui va pouvoir orienter vers les spécialistes, renouveler les traitements, suivre dans la durée. Nous, on n'a pas vocation à faire ça. » — Médiatrice en santé MdM.

Les tensions du principe de non-substitution

Ce principe génère parfois des tensions et des questionnements au sein de l'équipe :

- Quand le droit commun ne répond pas : que faire quand les CMP sont saturés, quand les médecins refusent les bénéficiaires de l'AME, quand les délais sont incompatibles avec l'urgence du·de la jeune ?

- Le risque de « renvoyer dans le vide » : orienter vers des dispositifs qui ne fonctionnent pas peut être vécu comme un abandon.
- La tentation de « faire plus » : face à la détresse des jeunes, la tentation est forte de prolonger l'accompagnement, d'élargir le périmètre d'intervention.

→ *Réponse de l'équipe* : Documenter les dysfonctionnements (pour alimenter le plaidoyer), maintenir le lien avec le·a jeune même quand l'orientation est difficile, partager les constats avec les professionnel·le·s et les institutions, intégrer des groupes de travail ou instances de démocratie en santé, accepter que le programme ne puisse pas tout résoudre seul ou de façon immédiate quand les problèmes sont structurels.

La non-substitution n'est pas un désengagement : c'est un positionnement qui vise à faire évoluer le système plutôt qu'à le contourner.

Travailler en réseau : coalitions et causes communes

La médiation en santé est, par nature, une fonction d'interface de proximité qui s'appuie sur une connaissance fine du territoire, des acteurs et des publics. Le référentiel HAS sur la médiation en santé souligne qu'il n'existe pas de modèle unique applicable partout : chaque intervention doit s'adapter à son environnement local.

Cette exigence d'ancrage territorial rejoint l'orientation stratégique de Médecins du Monde sur les coalitions de causes communes. Le développement d'alliances permet non seulement de renforcer le poids des combats auprès des pouvoirs publics mais aussi de partager et renforcer les compétences et connaissances sur des sujets communs.

À Nantes, le programme s'inscrit dans un écosystème associatif et citoyen dense, structuré notamment autour du collectif MNA 44. Ce collectif inter-associatif regroupe les acteurs intervenant auprès des MNA dans différents domaines d'action : accompagnement juridique et défense de droits, hébergement, écoles citoyennes et scolarisation, sport/culture/loisir, éducation populaire, santé et accès aux soins.

Cette approche en réseau se traduit concrètement par plusieurs principes d'action :

- S'appuyer sur ce qui existe : identifier les ressources déjà présentes sur le territoire plutôt que créer de nouveaux dispositifs.
- Créer des synergies : travailler en complémentarité avec les acteurs existants, chacun apportant son expertise spécifique.
- Apporter une spécificité : se concentrer sur la médiation en santé, domaine peu couvert par les autres acteurs.
- Avoir un acteur qui propose un lieu d'accueil adapté aux MNA et qui oriente en étoile vers l'ensemble des acteurs.
- Parler d'une seule voix : coordonner les actions et les revendications pour renforcer l'impact du plaidoyer.
- Orienter plutôt que dupliquer : quand un acteur est compétent sur un sujet, orienter vers lui plutôt que développer une expertise parallèle.



TÉMOIGNAGE.

« Je crois que ça ne peut marcher que s'il y a un travail en réseau. Ça ne peut pas se faire tout seul. Il y a différents types de partenaires : les partenaires institutionnels qui sont incontournables, et le réseau de partenaires acteurs dans la prise en compte des besoins. » — Bénévole de la LDH.

**TÉMOIGNAGE.**

« La coalition et l'addition de toutes ces actions individuelles a pu amener sur les résultats de plaidoyer. Mais on a tous une lecture différente. Ce serait présomptueux de dire que c'est grâce à nous seuls. C'est la multiplicité des initiatives qui convergeaient autour du même public qui a permis d'obtenir des avancées. »

— Coordinateur programme MdM.

L'intervention ne se conçoit pas isolément mais en articulation avec l'écosystème existant. Le maillage et le travail partenarial sont indispensables pour apporter des réponses adaptées à ce public adolescent exilé en situation d'extrême précarité. Cette approche évite la dispersion des énergies et maximise l'impact collectif. Elle reconnaît que les réponses efficaces émergent de la coordination des acteurs plutôt que de la juxtaposition d'interventions isolées.

Agir à trois niveaux : de l'individu au système

L'articulation des fondements théoriques (santé globale, médiation en santé, stratégie associative) et du positionnement adopté (aller vers, faire avec, non-substitution, adaptation, travail en rhizome) conduit naturellement à structurer l'intervention sur trois niveaux complémentaires et interdépendants.

Niveau	Objectifs	Actions
Individuel	Sécuriser les parcours individuels et collectifs, favoriser l'accès aux soins, renforcer les capacités d'autonomie.	Permanences d'accueil, entretiens individuels, accompagnements physiques, ateliers collectifs, écoute psychologique, pair-aidance
Réseau	Fluidifier les orientations, renforcer les coopérations locales, adapter les pratiques professionnelles.	Travail en réseau avec les acteurs de santé, du social et de la protection de l'enfance, groupes de travail pluri-acteurs « Santé des MNA », collectif MNA 44, inter-collectif Personne à la rue !
Système	Faire évoluer les politiques publiques, obtenir le respect du cadre légal, questionner les cadres institutionnels et législatifs pour les faire évoluer, témoigner.	Plaidoyer, capitalisation, documentation des obstacles, interpellation des institutions, production de données.

Ces trois niveaux ne fonctionnent pas de manière isolée mais s'alimentent mutuellement dans une dynamique continue :

- Les situations individuelles alimentent l'analyse systémique : chaque obstacle rencontré par un·e jeune documente les dysfonctionnements du système.
- Le travail en réseau fluidifie les parcours individuels et renforce la capacité de réponse aux nombreux besoins.

- Les évolutions obtenues au niveau institutionnel améliorent en retour les conditions d'accès aux soins pour l'ensemble du public.
- Le travail sur le système réduit progressivement la charge de l'accompagnement individuel.

Cette approche vise une transformation durable des conditions d'accès à la santé. Elle reflète la conviction que l'amélioration des parcours individuels ne peut se faire sans action sur les déterminants structurels qui produisent les obstacles.



À RETENIR.

Le cycle vertueux Terrain-Plaidoyer-Terrain. L'articulation des trois niveaux produit un cycle vertueux :

1. **Le terrain** identifie des obstacles récurrents (refus de soins, délais, méconnaissance des droits).
2. Ces obstacles sont **documentés** (données quantitatives, situations exemplaires).
3. L'analyse est **partagée** dans les instances collectives.
4. Des **demandes communes** sont formulées auprès des institutions.
5. **Les évolutions obtenues** améliorent les conditions de terrain.
6. **Le terrain** continue à identifier les nouveaux obstacles...

Ce cycle suppose une équipe qui ne dissocie jamais l'accompagnement individuel de la réflexion systémique.

*

La partie suivante (Agir) montre comment ces principes se traduisent en action : accompagner les jeunes vers l'autonomie, construire avec les partenaires du territoire, et faire évoluer le système par l'action collective.

*

AGIR

Mettre en œuvre une intervention auprès des MNA

L'accompagnement 40

Le parcours d'accompagnement : une progression vers l'autonomie en santé 41

Le schéma du parcours d'accompagnement 41

L'organisation du programme 42

L'espace médico-psycho-social (MPS) : un lieu qui fait sens 42

L'articulation entre temps collectifs et individuels : des portes d'entrée multiples 44

La continuité de l'accompagnement 46

La posture d'accompagnement 46

Le double socle de l'accompagnement 46

La posture dans le quotidien 47

Résumé de la posture commune dans tous les espaces : accueillir, respecter, s'adapter 50

Renforcer l'autonomie et les compétences psychosociales 51

L'autonomie comme objectif central 51

Les prérequis à l'autonomie 54

L'importance du collectif dans le développement de l'autonomie 56

Les compétences psychosociales : un travail transversal 57

Les briques de l'action 59

La permanence d'accueil médico-psycho-sociale 59

Les entretiens individuels 59

Les accompagnements physiques 61

Les ateliers collectifs 62

La pair-aidance : une composante transversale 64

La médiation vers les professionnel-le-s de santé 64

Principes de la médiation vers les professionnel-le-s 64

L'identification de médecins généralistes 65

La sensibilisation des professionnel-le-s de santé 65

Le travail avec les médecins généralistes 66

L'accompagnement lors des consultations 68

La gestion des situations difficiles 68

Outils proposés aux soignant-e-s 69

En synthèse 69

L'écosystème et la coordination 70

La diversité des acteurs : une richesse nécessaire 70

Quatre types d'acteurs complémentaires 70

La valeur de la diversité : croiser les regards et les compétences 71

Le partage de connaissances : apprendre les uns des autres 72

Les sphères d'intervention : répondre aux besoins de manière globale 72

Les espaces de coordination 73

L'importance de se réunir 73

Les espaces de coordination sur le territoire nantais 75

La coordination en action : construire des parcours fluides 77

L'interconnaissance : un levier pour la fluidité 77

Le parcours de soins : une coordination ciblée et structurée 78

Le parcours d'accès aux soins en pratique 78

Le plaidoyer et les résultats obtenus 80

La méthodologie de plaidoyer 80

La boucle intervention-plaidoyer 80

Les leviers d'action 81

Le rôle spécifique de Médecins du Monde 81

Mise en œuvre : cas pratiques 82

Cas n° 1 : La note ARS sur la prise en charge sanitaire des MNA 82

Cas n° 2 : Le dispositif d'hébergement Broussais 83

Cas n° 3 : L'accès à la domiciliation au CCAS 85

Synthèses des résultats obtenus 86

Tableau récapitulatif des avancées obtenues par domaine 86

Les conditions de réussite observées 86

Des avancées réelles, mais une protection encore insuffisante 88

Cette partie présente la traduction concrète des principes exposés ci-dessus dans les pratiques. Elle fournit les éléments opérationnels nécessaires à toute organisation souhaitant reproduire ou adapter cette approche.

Principe fondateur : l'intervention se déploie simultanément à trois niveaux interdépendants. L'accompagnement individuel alimente l'analyse systémique, le travail en réseau fluidifie les parcours, et les évolutions institutionnelles améliorent les conditions d'accès pour tous.

Le cycle terrain → documentation → plaidoyer → évolutions → terrain crée une dynamique d'amélioration continue.

L'accompagnement

Accompagner les jeunes et sensibiliser les professionnel·le·s de santé, les deux pendants de la médiation en santé. Comme présenté dans la partie « Se positionner », la médiation en santé s'exerce dans une double direction : vers les publics accompagnés et vers les professionnel·le·s de santé. Cette section détaille comment cette approche bidirectionnelle se traduit concrètement dans les pratiques du programme : accompagner les jeunes vers le soin, mais aussi préparer les professionnel·le·s à les accueillir dans de bonnes conditions.

Cette double dimension est au cœur de la démarche du programme MNA de Médecins du Monde à Nantes.

Accompagnement des jeunes

- Informer sur les droits et le système de santé.
- Préparer les rendez-vous médicaux.
- Accompagner physiquement si nécessaire.
- Faciliter la communication en consultation.
- Développer l'autonomie progressive.
- Assurer le suivi du parcours de soins.

Sensibilisation des professionnel·le·s

- Expliquer les spécificités du public MNA.
- Transmettre des clés interculturelles.
- Clarifier les droits et procédures (AME, etc.).
- Fournir des outils (courriers, carnets santé).
- Faciliter l'accès à l'interprétariat
- Créer un réseau de soignants.

Les deux dimensions sont indissociables et se nourrissent mutuellement : c'est en accompagnant les jeunes que l'on identifie les besoins de sensibilisation des soignant·e·s, et c'est en sensibilisant les soignant·e·s que l'on améliore la qualité de l'accompagnement.

Le parcours d'accompagnement : une progression vers l'autonomie en santé

L'objectif du programme est de promouvoir l'accès à la santé, aux droits et aux soins des MNA en recours présent·e·s sur le territoire nantais, dans une logique de renforcement des capacités d'agir et en privilégiant leur accès au droit commun et à la protection de l'enfance.

L'accompagnement proposé suit une progression logique :

1 Sécuriser les préalables administratifs

- Domiciliation CCAS.
- Ouverture des droits AME et suivi des renouvellements.

2 Entrer dans le parcours de soins

- Explication du système de santé, rôle du médecin généraliste et couverture maladie.
- Mise en lien avec un·e médecin généraliste.
- Accompagnements physiques aux rendez-vous médicaux selon les besoins.

3 Répondre aux besoins de santé identifiés

- Orientations adaptées (santé somatique, dépistages, spécialistes, santé mentale...).
- Promotion de la santé (en individuel et en ateliers collectifs).

4 Accompagner vers l'autonomie

- Renforcement progressif des capacités à naviguer seul·e dans le système de santé.



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

Le carnet « Parcours de santé ». Le carnet de santé classique n'étant pas adapté aux personnes en situation d'exil et de précarité, l'ARS Pays-de-la-Loire a développé un carnet « Parcours de santé » spécifique. Cet outil, remis aux jeunes, permet de centraliser les informations médicales tout au long du parcours : antécédents, vaccinations, examens réalisés, rendez-vous, traitements, mais aussi les éléments liés aux conditions de vie. Il facilite la continuité des soins entre les différent·e·s professionnel·le·s de santé et constitue un support que les jeunes peuvent conserver et présenter lors des consultations, favorisant ainsi leur autonomie.

À Nantes, le groupe de travail pluri-acteurs « santé des MNA » a participé à l'amélioration et à la réédition de ce carnet, en lien avec l'ARS.



Le schéma du parcours d'accompagnement

Le parcours type d'un·e jeune au sein du programme s'articule en plusieurs étapes, depuis la notification de rejet par le conseil départemental jusqu'à l'autonomie dans le recours au système de santé :

- **Premier contact à la suite d'une orientation par la plateforme d'évaluation**, via les partenaires (l'accueil de jour jeunes migrants de la mairie de Nantes notamment depuis avril 2025) ou le repérage par d'autres jeunes connaissant déjà MdM.
- **Accueil en permanence collective** : premier accueil, mise en confiance, identification et orientation pour les besoins urgents (besoins fondamentaux et besoins de santé).
- **Accès aux droits** : domiciliation au CCAS avec accompagnement collectif, ouverture et renouvellement des droits à l'AME.
- **Entretien individuel en santé** : évaluation approfondie des besoins, élaboration du plan d'accompagnement à travers des entretiens d'accueil et de suivi.
- **Inscription médecin généraliste** : accompagnement à la première consultation.
- **Suivi et accompagnement vers l'autonomie** : accompagnements physiques dégressifs, ateliers collectifs, entretiens individuels.



VIGILANCE.

Comme évoqué plus haut, les activités du programme ont évolué dans le temps pour s'adapter aux besoins des MNA et selon les priorités identifiées. Parmi ces évolutions, en avril 2025, une partie des activités a été transférée et reprise par l'accueil de jour jeunes migrants de la mairie de Nantes. Ces activités concernent notamment le premier accueil (incluant l'orientation pour les besoins fondamentaux) ainsi que la domiciliation.

Depuis cette date également, les permanences du programme MdM ont lieu au sein de l'accueil de jour jeunes migrants. Les ateliers collectifs de promotion de la santé et les entretiens individuels sur RDV sont organisés pendant ces permanences. Dans ce cadre, la séparation spatiale des activités est alors primordiale.

Voir ci-dessous le parcours d'un·e MNA au sein du programme de MdM en 2026.

L'organisation du programme

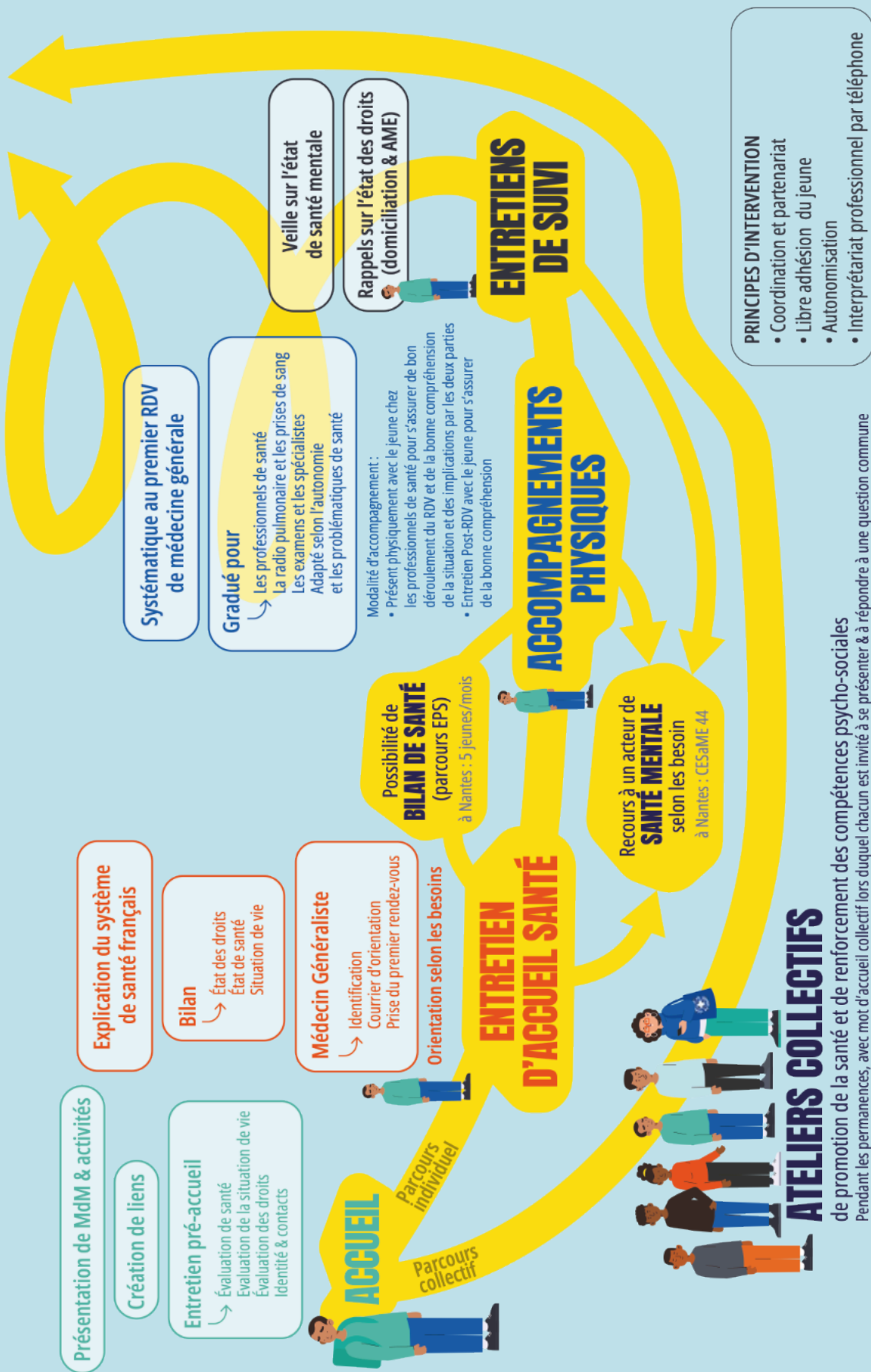
Le modèle d'intervention ne peut produire d'effets durables sans une organisation concrète adaptée. L'organisation du programme ne constitue pas un simple cadre logistique : elle participe pleinement de la démarche d'accompagnement, en créant les conditions matérielles, temporelles et relationnelles nécessaires à la sécurisation des parcours.

L'espace médico-psycho-social (MPS) : un lieu qui fait sens

Pour des jeunes en situation d'errance, contraint·e·s de dormir dans des lieux précaires et de se déplacer continuellement, disposer d'un espace stable et sécurisant représente bien plus qu'une commodité logistique. C'est une nécessité fondamentale qui conditionne la possibilité même d'un accompagnement.

Un espace refuge et apaisant. La première fonction est d'offrir un refuge physique et psychologique. Dans le quotidien chaotique et anxiogène de l'errance, ce lieu représente un point d'ancrage où les jeunes peuvent se poser, se reposer et être reconnus pour ce qu'ils sont. L'accueil y est inconditionnel.

PARCOURS À MÉDECINS DU MONDE VERS L'AUTONOMIE



**TÉMOIGNAGES.**

« C'est un lieu apaisant ici. Quand tu as vraiment envie de te reposer. Parce que tu vois qu'ils sont à l'écoute. » — Jeune fille MNA.

« Ici c'est notre maison, notre famille » — Jeune garçon MNA.

Un espace de socialisation et d'entraide. L'isolement social constitue l'une des difficultés majeures vécues par les MNA en recours. L'espace MPS devient un lieu de rencontres entre pairs, où se tissent des liens d'amitié et de solidarité. Les jeunes s'y retrouvent, échangent des informations, se conseillent mutuellement, créent un réseau d'entraide informel.

**TÉMOIGNAGE.**

« Si je pouvais donner un conseil aujourd'hui, je dirais qu'il faut créer du lien et ne pas se concentrer uniquement sur des actions. Le lien, ça redonne de l'espoir. Lorsqu'on est parti des siens, de sa famille, indépendamment de notre volonté, on cherche une terre bienveillante et accueillante. Et on a besoin de se reconnecter avec les gens. » — Ancien MNA devenu bénévole pair.

Un espace polyvalent et fonctionnel : les principes d'aménagement. Quelle que soit la configuration du lieu, l'organisation de l'espace doit répondre à deux exigences complémentaires :

- *Convivialité pour les temps collectifs* : l'espace d'accueil doit permettre aux jeunes de se poser, de se rencontrer et d'échanger de manière informelle (coin confortable, thé/café, jeux, accès internet, supports d'information santé).
- *Confidentialité pour les temps individuels* : le lieu doit offrir plusieurs espaces fermés, séparés de l'espace collectif, pour les entretiens individuels. Cette séparation est indispensable pour aborder des sujets sensibles (santé mentale, violences, intimité).

**TÉMOIGNAGE.**

« Des fois, on vient à Médecins du Monde en pleurant et puis tu rentres avec l'assurance, avec la joie et tout. Mais quand tu viens à Médecins du Monde, tu parles avec eux, donc ça va. Je rentre, tu te dis, ok, j'ai parlé à Médecins du Monde. » — Jeune fille MNA.

L'articulation entre temps collectifs et individuels : des portes d'entrée multiples

L'organisation du programme repose sur une articulation étroite entre temps collectifs et accompagnements individuels. Cette complémentarité n'est pas un simple choix organisationnel : elle répond à la diversité des profils des jeunes et à leurs modes d'entrée dans l'accompagnement.

Un principe fondamental guide l'organisation : **chaque jeune doit pouvoir entrer dans l'accompagnement par la modalité qui lui convient le mieux.** Il n'existe pas de parcours unique ni de passage obligé. L'enjeu est de proposer plusieurs portes d'entrée pour que chacun·e trouve celle qui correspond à son mode de fonctionnement, à son niveau de confiance, à son histoire.

Certain·e·s sont très à l'aise dans le collectif et mettront longtemps avant d'accepter un entretien individuel. Pour eux·elles, le groupe est rassurant, il permet de ne pas être le centre de l'attention, d'observer avant de s'engager. Ils pourront rester longtemps uniquement sur du collectif – et c'est entendable.

D'autres, au contraire, ont d'abord besoin de déposer leur histoire en individuel avant de rejoindre le groupe. Pour eux·elles, l'espace confidentiel d'un entretien est indispensable pour parler de ce qu'ils·elles ont vécu, exprimer leurs besoins, construire un lien de confiance. Le collectif viendra éventuellement après.

D'autres encore combinent les deux dès le départ : ils ont besoin du soutien individuel pour certains sujets ET du groupe pour créer du lien, se sentir appartenir à quelque chose.

Il arrive également que certain·e·s soient tellement en souffrance que tout est difficile, qu'il s'agisse d'établir un lien dans le collectif ou bien par l'individuel. Dans ces situations, l'espace d'accueil psychosocial reste un espace sécurisant qui, avec le temps, permet de tisser du lien avec les autres jeunes et l'équipe de MdM.



TÉMOIGNAGE.

« Il y a des personnes pour qui l'individuel, dans un premier temps, ce ne sera pas possible. Du coup, ils vont plutôt rentrer par les activités collectives. Et puis, ça restera toujours que du collectif. Il y en a d'autres qui, finalement, avec le lien de confiance et l'interconnaissance... Il y en a d'autres qui ont besoin de déposer d'abord, on se parle en individuel. Et cette pluralité d'entrées possibles, elle est effectivement intéressante. » — Partenaire CESaME 44.

Temps collectifs

- Créent un espace de socialisation.
- Permettent de briser l'isolement.
- Favorisent l'entraide entre pairs.
- Permettent d'observer avant de s'engager.
- Diffusent des informations générales.
- Ouvrent des portes vers des sujets sensibles

Temps individuels

- Offrent intimité et confidentialité.
- Permettent d'aborder des sujets sensibles.
- Construisent un accompagnement personnalisé.
- Permettent de déposer son histoire.
- Préparent les démarches spécifiques.
- Permettent de creuser en profondeur.

Les temps collectifs et individuels ne sont pas cloisonnés : ils se nourrissent mutuellement. Un sujet abordé en collectif peut « ouvrir une porte » pour l'approfondir ensuite en entretien individuel. À l'inverse, un besoin identifié en individuel peut orienter vers un atelier collectif adapté.



TÉMOIGNAGE.

« L'accompagnement par le collectif et en individuel est complémentaire et indispensable. En entretien individuel, on n'aborde pas les mêmes choses, on parle vraiment du besoin du jeune. Les jeunes ne nous disent pas du tout les mêmes choses en collectif. On ne creuse pas avec la même profondeur. Il faut combiner ces deux éléments. Par exemple, la vie affective et sexuelle, on l'a abordée en collectif, ils savent que c'est possible, mais c'est plus facile pour eux de nous en parler en individuel. » — Bénévole MdM.



TÉMOIGNAGE.

« D'abord, j'étais découragée, mais quand j'ai vu plein de monde, je me suis dit que je n'étais pas la seule dans ces conditions-là. J'étais rassurée. » — Jeune fille MNA.

La continuité de l'accompagnement

La continuité de l'accompagnement constitue un principe central de l'organisation. Elle repose sur une équipe salariée dédiée qui assure la mémoire des situations, la coordination interne et externe, le maintien des liens avec les jeunes, et l'encadrement des bénévoles.



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

Les outils de suivi et de continuité.

- Le dossier patient informatisé (DPI) centralise toutes les informations relatives à chaque jeune et les transmissions d'un entretien à un autre.
- Logiciel de suivi de la file active : vision globale de l'ensemble des jeunes accompagnés.
- Réunion hebdomadaire de l'équipe salariée : pour actualiser les situations des jeunes accompagnés.
- Les briefings et débriefings systématiques : avant et après chaque permanence.



TÉMOIGNAGES.

« Est-ce que le changement de bénévoles me dérange ? Non. Des fois quand tu dis "elle n'est pas là", ça va. Parce qu'ils sont tous la même personne. Tu ne ressens pas le vide là. Ils sont ensemble. » — Jeune fille MNA.

La posture d'accompagnement

Au-delà des cadres méthodologiques et organisationnels, la qualité de l'intervention repose de manière déterminante sur la posture d'accompagnement adoptée par les bénévoles et les professionnel·le·s.

Le double socle de l'accompagnement

L'efficacité de l'accompagnement repose sur deux piliers indissociables :

Connaissances techniques

- Droits des MNA (domiciliation, AME, soins).
- Besoins spécifiques du public.
- Système de santé français.
- Écosystème local (partenaires, dispositifs).
- Procédures administratives.
- Savoir travailler avec un·e interprète.

Posture relationnelle

- Écoute active et globale.
- Interculturalité : horizontalité, non-jugement.
- Ouverture à l'apprentissage, identification des stéréotypes.
- Flexibilité, adaptation au rythme.
- Encouragement, place à l'espoir.
- Vérification de la compréhension.

La posture dans le quotidien

Travailler auprès des MNA requiert une posture relationnelle ainsi que des savoir-faire spécifiques, adaptés à la fois aux besoins particuliers de cette population et aux acteur·rice·s socio-sanitaires avec lesquels ils·elles sont amenés à interagir. Le développement de ces connaissances et compétences au sein des équipes d'accompagnement s'avère donc indispensable.

Égalité et horizontalité

Il s'agit d'adopter une posture d'écoute et d'humilité, sans prétendre détenir tout le savoir ; reconnaître et valoriser les savoirs et l'expérience des jeunes et s'appuyer sur leurs compétences.

Flexibilité

C'est savoir s'adapter aux contraintes des jeunes (mode de vie, différences culturelles, situations complexes). Cette flexibilité doit se concrétiser par une capacité d'adaptation constante, afin d'ajuster les réponses et les accompagnements. Par exemple : adapter les horaires aux contraintes des jeunes (école, hébergement, démarches) ; tenir compte du fait que la ponctualité n'est pas toujours acquise – savoir que « 14 h 30 signifie souvent 15 h » et organiser l'accueil en conséquence. À l'inverse, lorsqu'un rendez-vous externe ne peut pas souffrir de retard, bien insister sur l'heure exacte : « 15 h, c'est 15 h et 00 minutes. »

Adapter le cadre sans le perdre

La flexibilité ne signifie pas l'absence de cadre. L'équipe a appris à maintenir un cadre structurant tout en l'adaptant aux situations :

- Horaires de permanence fixes (repères stables) mais souplesse dans l'accueil (on ne ferme pas la porte à 16 h 31).
- Règles de fonctionnement explicites mais application adaptée aux situations individuelles.
- Thème d'atelier prévu mais possibilité de le modifier si une urgence émerge dans le groupe.
- Parcours-type de soins mais adaptation à chaque situation : certains auront besoin de 10 accompagnements, d'autres de 2 ; certains seront perdus de vue pendant un temps puis reviendront – l'accompagnement doit pouvoir s'interrompre et reprendre.



TÉMOIGNAGE.

« Il faut un cadre de non-jugement et d'écoute... mais rester très ouvert. On n'est pas l'expert, on apporte le sujet et on les aide à réfléchir. » — Bénévole MdM.

Adapter les réponses aux besoins émergents

Le programme a évolué au fil du temps pour répondre aux besoins identifiés sur le terrain. Cette capacité d'adaptation s'est traduite par des innovations successives :

- Création du groupe filles face aux vulnérabilités spécifiques identifiées (2019)
- Développement des entretiens d'écoute et d'orientation en santé mentale (EEO) face à la détresse massive des jeunes.
- Mise en place de la pair-aidance à partir des dynamiques naturelles entre jeunes.
- Adaptation au contexte Covid (suivi à distance, réunions visio, appels réguliers).

- Évolution des permanences vers un espace médico-psycho-social polyvalent.

L'équilibre entre les temporalités

Les temporalités des jeunes et celles des partenaires socio-sanitaires sont souvent décalées. Les premiers, confrontés à des conditions de vie précaires (errance, vie à la rue, etc.), évoluent dans un temps marqué par l'urgence et l'imprévu. Les seconds, soumis aux contraintes des cadres de santé (durée limitée des rendez-vous, protocoles rigides), fonctionnent selon des normes institutionnelles. La médiation facilite la compréhension mutuelle et permet de trouver un équilibre entre ces réalités divergentes, pour répondre aux besoins de chacun·e.



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

Articuler l'accès à la domiciliation et à l'AME autour de la temporalité des jeunes. Un exemple concret de l'approche adaptative : la mise en place de l'accompagnement collectif à la domiciliation les jours de permanence AME de la CPAM au CCAS. Plutôt que de multiplier les rendez-vous, les jeunes peuvent se présenter une seule fois, faire à la fois leur demande AME et leur domiciliation, et limiter le coût physique, psychique et logistique des démarches.

« On ne multiplie pas les rendez-vous, on se présente en une seule fois. Il faut vraiment partir de ce qui se passe pour les jeunes au quotidien pour développer la meilleure pratique adaptée à leurs profils. » — Équipe MdM.

Cette pratique montre qu'une meilleure accessibilité ne passe pas seulement par de nouveaux dispositifs, mais aussi par une reconfiguration des procédures existantes pour qu'elles soient compatibles avec le quotidien des jeunes.

Partir de la demande des jeunes et respecter leur libre adhésion

Le point de départ de l'accompagnement est la demande formulée par le·a jeune, et non ce que l'équipe estime prioritaire. Sur la base d'une information éclairée, le·a jeune reste libre d'adhérer ou non aux propositions d'accompagnement. Seule exception : en cas d'urgence médicale, l'équipe peut être amenée à prioriser certains soins afin de garantir sa sécurité, même en l'absence de demande explicite.

De l'écoute technique à l'écoute humaine

Ce type d'écoute dépasse le cadre strict du motif initial de la rencontre. Elle ne se limite pas à recueillir des informations sur un problème spécifique – médical, social ou psychologique – mais s'ouvre à la globalité de la personne.

La qualité de l'accueil et les encouragements

Malgré la précarité de leur situation, les jeunes accordent une grande importance à l'accueil qui leur est fait et aux encouragements. Ces mots de soutien les rassurent et leur rappellent qu'au milieu des épreuves, l'espoir reste possible. Cet élan renforce leur motivation à chercher des solutions et à avancer, même dans l'adversité.

L'empathie

Il existe une véritable empathie envers les intérêts et les préoccupations des jeunes, qui va bien au-delà des simples obligations administratives ou de la volonté de remplir des tâches et des indicateurs.

**TÉMOIGNAGE.**

« Ils m'ont surtout donné de l'espoir. Même s'ils n'avaient pas la réponse ou la solution tout de suite, ils m'ont donné de l'espoir. C'est très différent des autres. »
— Jeune garçon MNA.

Une communication adaptée à chaque individu

Parfois, ce dont les jeunes ont le plus besoin, ce sont des informations accessibles, expliquées de manière claire et adaptée à leur niveau de compréhension. Des schémas, des cartes, des dessins ou des affiches peuvent rendre le complexe simple, et leur donner les clés pour mieux appréhender leur situation.

**POUR ALLER PLUS LOIN. Trois exemples de supports d'information adaptés.**

Expliquer l'AME simplement – Le programme a créé des fiches pédagogiques pour expliquer ce qu'est l'Aide médicale de l'État : à quoi elle sert, comment l'obtenir, quels droits elle ouvre. Ces supports permettent aux jeunes de comprendre le sens des démarches qu'ils entreprennent.

Se repérer dans la ville – Des fiches d'orientation vers les lieux ressources (CPAM, CCAS, lieux d'aide et de soins) ont été conçues avec une localisation sur carte, le trajet en transport en commun et une photo de l'entrée du bâtiment, permettant aux jeunes de reconnaître le lieu à leur arrivée et de s'y rendre de manière autonome

Adapter les supports de sensibilisation – Lors des ateliers santé du groupe filles, les intervenantes ont constaté que les planches anatomiques utilisées habituellement en France n'étaient pas adaptées : les jeunes filles ne s'y reconnaissaient pas, et le niveau de détail était perçu comme trop intrusif. L'équipe a recherché des alternatives : planches schématisées, images représentant des femmes d'origines variées, outils participatifs. Cette adaptation a été une condition de réussite des échanges sur des sujets sensibles.

**TÉMOIGNAGE.**

« Au départ, on avait voulu utiliser des photos. C'était beaucoup trop intrusif. Des photos de corps, par exemple. Ce n'est pas possible. Donc, des choses plus douces. » — Bénévole MdM.

La neutralité dans la relation triangulaire

Il s'agit de faciliter la compréhension entre les deux parties (jeunes et professionnel·le·s de santé), mais de rester neutre quant aux décisions qui en découlent. Cela n'empêche pas de rappeler des informations essentielles à chacun·e, comme les services disponibles ou les droits, afin d'éclairer les choix et postures sans les influencer. Cela est particulièrement important quand le·a médiateur·rice en santé a un profil sanitaire. Dans ces cas, il est important d'éviter de jouer un rôle de soignant·e car cela peut affecter la confiance avec le·a jeune et le lien avec le personnel de santé.

**TÉMOIGNAGES.**

« C'était un jeune qui avait une hépatite B très grave, il passait des examens complémentaires fréquents. (...) Il ne voulait pas la ponction. Et moi, j'ai un peu insisté: "Mais tu sais, c'est quand même nécessaire", et tout. Et puis, après un moment, j'ai compris que non, il ne fallait pas, parce qu'au contraire, ça avait plutôt provoqué un recul de sa part, déjà vis-à-vis de la confiance qu'il avait en moi. Et plus je lui disais qu'il fallait le faire, moins il voulait. (...) C'est vrai que moi, je voyais l'intérêt. Sa maladie était grave. Je voyais l'intérêt de l'examen, mais lui, il était saturé. Donc, il fallait que je prenne du recul. » — Bénévole MdM.

« Quand on vient ici, on ne parle pas seulement des choses médicales. On peut aussi parler de ses problèmes, dire : je me sens mal, je traverse des moments difficiles. On t'écoute. Ça, c'est difficile à trouver ailleurs » — Jeune fille MNA.

« Les sourires, les encouragements, ça aide à voir la vie autrement. On nous faisait comprendre que ça allait bien se passer. Ce n'était pas seulement une présentation de Médecins du Monde - c'était aussi de l'espoir qu'on nous donnait. » — Jeune fille MNA.

Résumé de la posture commune dans tous les espaces : accueillir, respecter, s'adapter

Que ce soit en permanence, en entretien individuel, en atelier ou en accompagnement, la même posture s'applique :

- **Accueil inconditionnel** : on accueille la personne telle qu'elle arrive (en retard, fatiguée, en colère, silencieuse).
- **Temporalité des jeunes et libre adhésion** : accepter de « ne pas avancer » sur l'objectif prévu si la priorité est ailleurs.
- **Flexibilité** : horaires adaptés, possibilité de changer de sujet si une urgence émerge, droit de venir, partir, se taire.
- **Non-jugement et modestie** : ne pas imposer de norme, ne pas viser la « séance parfaite », accepter qu'une séance serve juste à installer un peu de confiance.
- **Cadre protecteur solide** : règles explicites sur la confidentialité, le respect, la circulation de la parole.
- **Reconnaissance des savoirs des jeunes** : on part de leurs représentations, de leur vocabulaire, puis on amène progressivement des apports.

Cette posture n'est pas innée : elle s'apprend, se travaille en formation, se soutient en analyse des pratiques, se rappelle en briefing/débriefing. Elle se traduit également par des **techniques concrètes** qui facilitent l'accompagnement au quotidien :

- **L'importance de la répétition** : revenir régulièrement sur les mêmes informations pour ancrer les apprentissages et poser des questions ouvertes invitant les jeunes à reformuler ce qu'ils·elles ont compris.
- **Utilisation de la « mise en scène »** pour développer l'autonomie : simuler une prise de rendez-vous, un échange avec un·e professionnel·le.
- **L'utilisation de moyens de communication adaptés et divers** : création d'un groupe WhatsApp, supports visuels, fiches illustrées.
- **Tenir les jeunes informé·e·s** de chaque étape des démarches.
- **Ne pas abandonner** sans explorer plusieurs pistes de réponse aux besoins.

- **L'explication des codes de communication en France** : ce qui est attendu dans un rendez-vous médical, comment s'adresser à une administration, etc.

➤ Voir annexe C.1 : Fiche thématique – La posture dans l'accompagnement des MNA, page 172.

Renforcer l'autonomie et les compétences psychosociales

L'autonomie en santé constitue l'objectif central de l'accompagnement. Elle ne correspond ni à un état figé, ni à une injonction faite aux jeunes de « se débrouiller seul·e·s », mais à un processus progressif, respectueux de leur rythme et de leurs ressources.

L'autonomie comme objectif central

Dans le contexte du programme, l'autonomie désigne la capacité des jeunes à naviguer dans le système de santé français et à prendre soin d'eux·elles-mêmes, de manière adaptée à leur âge et à leur situation.

Les dimensions de l'autonomie en santé

Dimension	Ce que les jeunes doivent savoir/savoir faire
Comprendre ses droits	Savoir ce que sont la domiciliation et l'AME, comment les obtenir et les renouveler chaque année, ce qu'elles couvrent.
Comprendre le système de santé	Connaître le rôle du médecin généraliste, des spécialistes, des urgences ; savoir que les soins et les traitements sont pris en charge par l'AME.
Se repérer dans l'espace	Savoir se rendre seul à un rendez-vous, utiliser les transports, lire un plan, repérer les lieux de soins.
Se repérer dans le temps	Noter ses rendez-vous, comprendre les délais, utiliser un agenda (papier ou téléphone).
Prendre rendez-vous	Appeler un cabinet médical ou utiliser Doctolib, annuler ou reporter si nécessaire.
Gérer ses documents	Conserver et classer AME, ordonnances, résultats d'exams ; apporter les bons documents aux RDV.
Suivre un traitement	Comprendre une ordonnance, aller à la pharmacie, prendre ses médicaments correctement ;
Communiquer avec les soignant·e·s	Oser poser des questions, exprimer une douleur ou une inquiétude, dire quand on n'a pas compris.
Identifier les urgences	Reconnaître une situation d'urgence, connaître le 15, savoir où sont les urgences.

La méthode pédagogique : un processus progressif en 6 étapes

L'autonomie ne se décrète pas, elle se construit dans le temps, à travers des expériences accompagnées qui permettent aux jeunes de prendre confiance et d'acquérir des repères. C'est aussi un processus qui dépasse le temps de l'accompagnement : Médecins du Monde intervient à un moment donné dans la trajectoire des jeunes, qui continueront à renforcer leur autonomie bien après la fin de l'accompagnement.

Le programme a développé une approche pédagogique en six étapes :

1. **Informé** : expliquer les droits, le fonctionnement du système de santé, comment prendre un rendez-vous, ce qui va se passer lors d'un rendez-vous.
2. **Préparer** : avant chaque démarche, anticiper avec les jeunes les questions qu'ils-elles pourraient avoir, les documents à apporter, le trajet à effectuer.
3. **Accompagner en faisant avec** : réaliser les démarches ensemble, montrer comment on fait, laisser les jeunes observer puis faire par eux-mêmes.
4. **S'assurer de la compréhension** : ne pas supposer que l'information est passée, poser des questions ouvertes, le faire reformuler, vérifier que les jeunes ont bien compris.
5. **Répéter** : accepter de réexpliquer, d'accompagner à nouveau si nécessaire, sans reproche ni impatience.
6. **Se retirer progressivement** : passer d'un accompagnement physique à un soutien téléphonique, puis à une simple vérification, avant de laisser les jeunes faire seul.

Adapter l'accompagnement au niveau d'autonomie observé

Tous les jeunes ne partent pas du même point et n'avancent pas au même rythme. L'équipe évalue en continu le niveau d'autonomie de chaque jeune pour ajuster l'intensité de l'accompagnement selon une logique de graduation :

- **Premier rendez-vous médecin généraliste** : accompagnement systématique pour tous les jeunes, sans exception. C'est l'occasion de montrer le lieu, d'expliquer le fonctionnement, de créer le lien avec le·a médecin.
- **Rendez-vous suivants** : accompagnement modulé selon ce qui a été observé. Un·e jeune qui sait lire, écrire, se repérer, qui communique avec aisance en français et qui a compris le fonctionnement pourra rapidement aller seul·e. Un·e jeune plus en difficulté ou avec un problème de santé complexe sera accompagné·e plus longtemps.
- **Suivi à distance** : un filet de sécurité maintenu même quand le·a jeune va seul·e. Un appel la veille pour rappeler le rendez-vous, une disponibilité pendant le RDV en cas de difficulté, un message après pour vérifier que tout s'est bien passé.



TÉMOIGNAGES.

« On va accompagner tous les jeunes à leur premier rendez-vous médecin généraliste. Mais après, en fonction de l'autonomie et des problèmes de santé observés, on va graduer notre accompagnement. Un jeune qui sait lire, écrire, se débrouiller, qui a de la ressource, qui n'a pas de soucis de santé, on va l'accompagner au premier rendez-vous, et puis après, rapidement, on va être là en soutien. »
— Coordinateur programme.

« C'était un peu stressant. Tout le temps, j'appelais la personne de MdM. Parce que même s'ils ne sont pas là physiquement, je suis tout le temps au téléphone avec eux. Je disais : je suis là, la porte n'ouvre pas. Comment je vais faire pour entrer ? Je te rappelle. Et ça, c'était bien. » — Jeune fille MNA.

L'autonomie comme confiance réciproque

Accompagner vers l'autonomie, c'est aussi manifester sa confiance dans les capacités des jeunes. Ce regard positif, qui reconnaît leurs ressources et valorise leurs progrès, joue un rôle essentiel dans la construction de l'estime de soi.



TÉMOIGNAGE.

« Il y a eu des rendez-vous que j'ai partagés avec des bénévoles. Et puis, à un moment donné, j'ai appris à être seule chez le médecin. Je partais toute seule. Là même, j'avais 17 ans, je me rappelle. Je me suis débrouillée pas mal parce que j'avais envie déjà de savoir comment ça va se passer. Une des salariées m'a dit : tu dois faire comme ça, je sais que tu peux le faire. Et puis, je le faisais. » — Jeune fille MNA.

FOCUS

Exemple concret : accompagner la prise de rendez-vous médical par téléphone

Transformer une demande en opportunité d'apprentissage et d'autonomisation. Lorsqu'un-e jeune se présente à la permanence en demandant que l'équipe prenne un rendez-vous médical à sa place, cette demande est considérée non comme une simple tâche à effectuer, mais comme *une opportunité d'apprentissage*.

« La responsable de la permanence propose au jeune de prendre lui-même le rendez-vous. Avant de commencer, elle prépare l'appel avec lui. Il fait l'appel, ça se passe très bien. C'est lui qui choisit la date qui lui convient. À la fin, elle lui dit : "Je suis fière de toi." »
— Observation de permanence.

La situation de départ.

Les jeunes sollicitent fréquemment l'équipe pour effectuer à leur place des démarches qu'ils-elles perçoivent comme complexes ou anxieuses.

« Ils viennent nous voir en nous disant qu'ils veulent prendre un rendez-vous chez le dentiste ou qu'ils ont manqué un contrôle ophtalmologique. Du coup, ils demandent qu'on prenne le rendez-vous à leur place. » — Bénévole MdM.

La réponse de l'équipe : une mise en situation accompagnée.

Plutôt que de se substituer aux jeunes, l'équipe propose une mise en situation progressive, dans un cadre rassurant.

« On leur dit : en fait, on va plutôt faire une mise en situation, et c'est toi qui vas prendre rendez-vous avec ton médecin. »
— Bénévoles MdM.

Le déroulement concret de l'accompagnement.

1. *Temps de préparation (environ 10 minutes)* : un temps est dédié à la préparation de l'appel, afin d'anticiper les difficultés et de rassurer les jeunes.
2. *Anticipation des échanges* : l'accompagnant explique ce que le-a secrétaire médicale est susceptible de demander (prénom, date de naissance, motif du rendez-vous).
3. *Vérification des prérequis* : le numéro du médecin est enregistré dans le téléphone des jeunes, et l'environnement est rendu calme et sécurisant.
4. *Passage à l'action* : le téléphone est mis en haut-parleur. Le-a jeune passe lui-même l'appel ; l'accompagnant-e reste à côté.
5. *Soutien ponctuel si nécessaire* : en cas de blocage, l'accompagnant-e peut intervenir brièvement, sans reprendre la main.
6. *Valorisation de l'expérience* : à l'issue de l'appel, le-a jeune est félicité-e pour ce qu'il-elle a accompli : « Je suis fière de toi/tu peux être fier de toi. »

Anticiper les difficultés et lever les peurs.

Le temps de préparation permet aussi d'aborder les appréhensions, souvent liées à la langue ou à la peur de mal faire.

« À ton avis, la secrétaire va dire quoi ? Et toi, qu'est-ce que tu vas répondre ? On va te demander des choses auxquelles tu ne t'attends pas toujours. »
— Observation de permanence.
« Il avait peur parce qu'il disait : je pense que, avec mon accent, ils vont me faire répéter. Et ça me fait peur »
— Bénévole MNA.

Respecter le rythme de chacun-e.

Tous les jeunes ne se sentent pas prêt-e-s immédiatement. Ce refus ponctuel est respecté. Dans ces situations, l'équipe peut exceptionnellement prendre le rendez-vous à la place du-de la jeune, sans renoncer à l'objectif d'autonomie à moyen terme.
« Au début, c'est eux qui prenaient les rendez-vous avec moi. Et après, on m'a appris à le faire seul. Aujourd'hui, je prends mes rendez-vous sur Doctolib. »
— Jeune MNA.
« Faire les choses toute seule, avoir la capacité de faire quelque chose sans l'aide de quelqu'un. Aujourd'hui, je peux parler à mon médecin, on me donne l'ordonnance et je pars. Avant, j'étais obligée de venir à MdM. Là, c'est bon. » — Jeune fille MNA.

Ce que cet exemple illustre :

- ne pas se substituer, mais accompagner vers l'autonomie ;
- transformer une demande pratique en apprentissage concret ;
- sécuriser sans infantiliser ;
- reconnaître et valoriser chaque progrès, même minime.

**OUTIL ET BONNES PRATIQUES.**

Fiche thématique – L’accompagnement vers l’autonomie en santé des MNA. Cette fiche synthétise la méthodologie d’accompagnement vers l’autonomie : les dimensions travaillées, le processus pédagogique en 6 étapes (informer, préparer, accompagner, s’assurer, répéter, se retirer), les critères d’observation du niveau d’autonomie et les points de vigilance pour adapter l’accompagnement au rythme de chaque jeune.

➤ Voir annexe C.4 : Fiche Thématique– L’accompagnement vers l’autonomie en santé des MNA, p. 196..

Les prérequis à l’autonomie

L’autonomie ne peut se construire que si certaines conditions préalables sont réunies. Ces prérequis sont de deux ordres : relationnels (se sentir en sécurité et en confiance) et pratiques (disposer des outils matériels nécessaires).

Construire la sécurité et la confiance : le socle relationnel

Avant de pouvoir développer leurs compétences et leur autonomie, les jeunes ont besoin de se sentir en sécurité et en confiance. Cette dimension conditionne l’ensemble de la relation et l’efficacité des actions.

➔ *La fiabilité de l’équipe : être là, toujours.* Les permanences ont lieu à jours et heures fixes (lundi et jeudi après-midi), et l’équipe s’engage à être présente et ponctuelle, même quand les jeunes sont en retard ou absents. On ne leur reproche jamais de ne pas être venus.

**TÉMOIGNAGE.**

« Ils sont tous la même personne. Quand tu parles à l’un, il te dit la même chose que l’autre. Tu ne ressens pas le vide. Ils sont ensemble. » — Jeune garçon MNA.

➔ *L’attestation de suivi : un outil de protection.* Dès l’entrée dans l’accompagnement, une attestation de suivi est délivrée aux jeunes, comportant les éléments relatifs à leur identité, une photo d’identité et un tampon officiel. Elle remplit plusieurs fonctions : faciliter les contrôles de police ou dans les transports, légitimer les démarches administratives, et symboliquement marquer l’entrée dans un parcours reconnu.

À noter : cette pratique, initiée par MdM, est assurée par l’accueil de jour jeunes migrants de la mairie de Nantes depuis avril 2025. C’est un exemple de transfert d’activité vers d’autres acteurs du territoire, dans une logique de non-substitution et de renforcement de l’écosystème local.

**TÉMOIGNAGE.**

« Ils sont tous la même personne. Quand tu parles à l’un, il te dit la même chose que l’autre. Tu ne ressens pas le vide. Ils sont ensemble. » — Jeune garçon MNA.

Les prérequis matériels : les outils concrets de l’autonomie

L’accès aux soins ne dépend pas seulement des droits ouverts (domiciliation, AME) ou des connaissances acquises. Il passe aussi par des éléments très concrets, souvent invisibles pour les professionnel·le·s mais essentiels pour les jeunes.

↓ Modèle d'attestation de suivi remise par Mdm

MÉDECINS DU MONDE 世界医会連盟 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΓΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO 世界の医家 ARZTE DER WELT 世界医師会
 МЕДИЦИНЫ ДОКТОРЫ ДОКТОРЫ ДОКТОРЫ DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΓΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO 世界の医家 ARZTE DER WELT

Alsace | Aquitaine | Bretagne | Corse | Franche-Comté | Ile-de-France | Languedoc-Roussillon | Lorraine | Midi-Pyrénées | Normandie | Nord-Pas de Calais | Océan Indien | Poitou-Charentes | Provence-Alpes-Côte-D'azur | Rhône-Alpes | Pays-de-la-Loire



ATTESTATION DE SUIVI

Médecins du Monde, atteste, dans le cadre du programme Mineur-e-s Non Accompagné-e-s suivre et connaître **Mr/Mme [Prénom NOM], né-e le XX/XX/XXXX au [PAYS], à [VILLE] sous cette identité.**

Cette personne est arrivée à Nantes le XX/XX/202X et s'est présentée au Conseil Départemental de Loire-Atlantique en tant que Mineure Non Accompagnée (MNA). **Le Conseil Départemental a contesté sa minorité ; elle se trouve sans tuteur légal sur le territoire avec la possibilité de formuler un recours auprès du Juge des Enfants.**

- A engagé des démarches pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie

N° d'Aide Médicale de l'Etat

.....



Fait à Nantes, le XX/XX/20XX.
 Pour faire valoir ce que de droit.

Cordialement

Pour votre information :

- **Les MNA en recours peuvent bénéficier d'un hébergement d'urgence** au même titre que les personnes majeures sur présentation de la décision de non-admission à l'ASE. *Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 et Arrêté du 20 novembre 2019, art. 10.*
- « *Lorsqu'un demandeur n'est pas en mesure de produire un document attestant de son identité mais prouve sa bonne foi par la cohérence de sa déclaration, une attestation d'une association reconnue pourra être acceptée par la CPAM* ». *Circulaire du 27 septembre 2005 relative à l'Aide Médicale de l'Etat N°2005-407*
- **Les MNA en recours peuvent bénéficier de l'AME** en tant que mineur-e-s, **sans condition de durée minimale de présence sur le territoire et sans justificatifs de ressources.** *Circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011.*
- Dans l'attente du bénéfice effectif de l'AME, les mineurs non accompagnés peuvent bénéficier du **dispositif pour soins urgents et vitaux (DSUV)** sans conditions. *Circulaire N°DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005.*

Médecin du Monde BAT E, Passage de la Poule Noire, 44000 NANTES - Tel. : 06 69 58 70 79 / 06 99 89 09 76 / 07 44 16 58 09 (Lyca)
www.medecinsdumonde.org
 Association reconnue d'utilité publique - APE 650 K - BIRET : 321 018 749 00 127

**À RETENIR.****Les prérequis pratiques à l'autonomie en santé.**

- Distribution de téléphones portables, de cartes SIM et de 5 € de crédit (distribués une seule fois si nécessaire à la première rencontre) : sans téléphone ni crédit, impossible de prendre un rendez-vous, d'appeler le 115, de recevoir un rappel, d'être contacté.
- Accès Internet et compte Doctolib : Doctolib est devenu incontournable. L'équipe peut aider à créer un compte et explique son fonctionnement.
- Organisation et gestion des RDV : apprendre à utiliser l'agenda du téléphone, comprendre les délais, savoir annuler ou reporter.
- Gestion des documents : le carnet « Parcours de santé » centralise les informations et une pochette est proposée pour ranger les documents importants.

L'importance du collectif dans le développement de l'autonomie

Le développement de l'autonomie ne se fait pas uniquement dans la relation individuelle avec un accompagnant. Le collectif joue un rôle essentiel : les jeunes apprennent les uns des autres, se soutiennent mutuellement, et trouvent dans le groupe une forme de reconnaissance et d'appartenance qui renforce la confiance en soi.

**TÉMOIGNAGE.**

«Au départ, je ne trouvais pas d'intérêt dans les ateliers collectifs. Et puis petit à petit, j'y ai trouvé de l'intérêt. Je me suis senti mieux entouré. J'ai rencontré des gens qui sont devenus finalement mes amis.» — Jeune garçon MNA.

- Apprentissage par les pairs : les jeunes plus avancé·e·s dans leur parcours transmettent leurs connaissances aux nouveaux·elles¹⁵.
- Normalisation : voir d'autres jeunes dans la même situation aide à dédramatiser et à se sentir moins seul·e.
- Effet miroir : observer les progrès des autres donne confiance dans ses propres capacités.
- Soutien émotionnel : le groupe offre un espace où déposer ses difficultés et recevoir du réconfort.

**VIGILANCE.****Points de vigilance pour le développement de l'autonomie**

- Ne pas « adultiser » trop vite : ce sont des adolescent·e·s, l'objectif est de les soutenir progressivement, pas de les rendre immédiatement autonomes.
- « S'assurer de » et ne pas « supposer que » : faire reformuler ce qui a été compris, ne pas tenir pour acquis que l'information est passée.
- Prendre en compte la charge mentale : les jeunes gèrent simultanément le recours juridique, leur précarité quotidienne, les traumatismes vécus – leur capacité d'absorption est limitée.
- Éviter le « tout faire d'un coup » : maintenir une phase de retrait progressif, accepter les allers-retours.
- Dimension interculturelle : expliciter les codes de la relation aux soignant·e·s en France (regarder dans les yeux, poser des questions, etc.).
- Respecter le rythme de chaque jeune : certain·e·s seront autonomes en quelques semaines, d'autres auront besoin de plusieurs mois.

¹⁵ Voir annexe B.7 : Fiche activité – La pair-aidance dans le programme MNA, page 163.

Les compétences psychosociales : un travail transversal

Les compétences psychosociales (CPS) désignent la capacité d'une personne à faire face aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. Pour les MNA, le développement de ces compétences revêt une importance particulière : ils doivent apprendre à naviguer dans un environnement totalement nouveau, avec des codes culturels différents, tout en faisant face à une situation administrative et sociale extrêmement précaire.



À RETENIR.

Compétences psychosociales : apprendre à décider dans un nouveau contexte.

Un psychologue bénévole du programme explique que toutes les activités du programme contribuent à renforcer les compétences psychosociales : « *Dans l'ensemble des activités, finalement, on travaille les compétences psychosociales : prendre confiance en soi, exprimer ses émotions, être en lien avec les autres, s'intéresser à sa santé mentale, comprendre le système de santé en France...* ». Il insiste sur la capacité à prendre des décisions dans un contexte où, jusqu'ici, on n'a jamais décidé pour soi : « *Dans leur pays d'origine, ces enfants n'ont pas l'habitude de s'adresser à des adultes, de poser des questions, on ne les éduque pas à décider pour eux-mêmes. Il faut leur expliquer pourquoi en France on attend cela d'eux.* » Ce travail, c'est raconter le monde aux jeunes, aider à lire un environnement étranger, identifier ce qui peut leur convenir ou non, les amener à formuler leurs propres choix.

Les CPS ont été travaillées de façon transversale à travers différentes modalités d'intervention (permanence d'accueil, ateliers collectifs, entretiens et accompagnements), adaptées aux dynamiques des jeunes et à leur disponibilité. Ainsi, le programme a contribué au renforcement des trois dimensions des CPS.

Compétences cognitives – Renforcer la conscience de soi

- Accroître sa connaissance de soi : identifier ses besoins, ses valeurs, ses ressources personnelles.
- Prendre des décisions constructives : comprendre qu'on a le droit de choisir, peser les options, assumer ses choix.
- Développer sa pensée critique : questionner les informations reçues, se forger un avis.

Compétences émotionnelles – Renforcer la conscience des émotions

- Identifier ses émotions : reconnaître ce qu'on ressent, mettre des mots dessus.
- Comprendre ses émotions : faire le lien entre ce que l'on vit et ce que l'on ressent, accepter d'en parler.

Compétences sociales – Développer des relations constructives

- Communiquer de façon efficace : oser parler, poser des questions, exprimer un désaccord ou un besoin.
- Demander de l'aide : identifier les ressources disponibles, oser solliciter, accepter le soutien.
- S'adapter à un nouvel environnement : comprendre les codes implicites, ajuster son comportement.

↓ **Les activités du programme des MNA**

Brique	Description
Permanence d'accueil médico-psycho-social	Point d'entrée principal dans le programme : proposer un lieu ressource, sécurisant et accueillant ; favoriser l'interconnaissance entre jeunes et avec l'équipe MDM ; permet de formuler une demande et d'accéder aux différentes activités proposées.
Entretiens individuels sur rendez-vous	Pour recueillir les besoins individuels, les aider à identifier leurs ressources, les informer et les orienter vers le système de santé.
Ateliers collectifs	Pour favoriser la promotion de la santé et le renforcement des compétences psychosociales.
Accompagnements physiques	Vers les structures d'accès aux droits et aux soins, dans une démarche de médiation en santé. En visant l'autonomisation des jeunes et l'amélioration de la qualité des pratiques des professionnel·le·s de santé.
Entretiens d'écoute et d'orientation en santé mentale	Évaluer les besoins en santé mentale et orienter vers les structures de droit commun (l'activité a été transférée à CESaME 44 depuis mars 2024). ➤ Voir annexe B.5 : Fiche d'activité – Entretiens d'écoute et d'orientation en santé mentale, p. 143.
Examen de Prévention en Santé (EPS)	Parcours de prévention et de dépistage en collectif en amont de l'orientation vers le·a médecin généraliste (bilan de santé, radio pulmonaire, rattrapage vaccinal – 5 jeunes par mois). ➤ Voir annexe B.6 : Fiche d'activité – L'examen de Prévention Santé (EPS), p. 153.
Pair-aidance	Proposer aux usager·e·s et ancien·ne·s usager·e·s de devenir acteur·ce·s du programme en participant à l'accueil des nouveaux
Principes d'intervention	Bienveillance / Non-jugement / médiation en santé / implication des personnes concernées / libre adhésion / interprétariat / non-substitution.

Les briques de l'action

Le modèle d'intervention se décline à travers un ensemble de briques opérationnelles complémentaires et interconnectées (voir tableau p. 58). L'enjeu n'est pas de proposer des activités juxtaposées, mais de créer des dynamiques qui se répondent : le collectif ouvre des portes vers l'individuel, l'individuel identifie des besoins qui nourrissent les ateliers collectifs, les accompagnements renforcent ce qui a été abordé en entretien.

La permanence d'accueil médico-psycho-sociale

La permanence d'accueil constitue le point d'entrée principal dans le programme. Elle fonctionne comme un espace ressource où les jeunes peuvent venir librement, exprimer leurs demandes, obtenir des informations, et bénéficier d'un premier niveau d'accompagnement.

La permanence comprend plusieurs temps et espaces :

- Le guichet : espace d'expression des demandes et de premier accueil.
- Le pré-entretien : premier recueil d'informations avec les nouveaux jeunes.
- Les espaces libres : temps informels de socialisation et d'échange entre pairs.
- Les ateliers collectifs : temps structurés de promotion de la santé.



TÉMOIGNAGE.

« L'originalité du dispositif réside dans l'articulation entre accueil de jour, médiation en santé et parcours de soins. L'accueil de jour devient un espace d'écoute, de récolte des besoins et de mise en lien vers le soin, pas uniquement un lieu de repos. » — Chargée de mission migration, mairie de Nantes.



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

Les outils de la permanence d'accueil.

- Coupon d'accueil : remis à chaque jeune pour identifier sa demande.
 - Trame de pré-entretien : guide l'entretien avec les nouveaux jeunes pour présenter Médecins du Monde, faire un point sur les besoins les plus urgents (besoins fondamentaux, problèmes de santé) et orienter la personne.
 - Attestation de suivi : document avec photo et tampon MdM remis aux jeunes.
 - Livret d'orientation : présente les principaux lieux d'aide (hygiène, alimentation, accueil de jour, hébergement, juridique, écoles citoyennes, santé...).
- Voir annexe B.1 : Fiche d'activité – Les permanence d'accueil collectif, p. 110.

Les entretiens individuels

Les entretiens individuels constituent un espace privilégié d'écoute et d'accompagnement personnalisé. Ils permettent d'entrer en profondeur dans la situation de chaque jeune, d'identifier ses besoins médico-psycho-sociaux et de co-construire avec lui-elle un parcours d'accompagnement adapté.

Les objectifs des entretiens individuels sont de :

- Mieux connaître les jeunes et identifier leurs besoins médico-psycho-sociaux à travers un échange approfondi portant sur leur santé physique et mentale, les facteurs influençant leur bien-être, leur niveau d'autonomie et les obstacles rencontrés dans l'accès aux soins.
- Sensibiliser les jeunes à l'importance de l'accès aux soins et les informer sur leurs droits, afin de renforcer leur compréhension et leur capacité d'agir.

- Co-construire avec les jeunes un parcours d'accompagnement personnalisé, élaboré à partir des besoins identifiés et validé avec leur accord et leur consentement éclairé.
- Assurer le suivi du parcours d'accès à la santé, aux droits et aux soins, en observant son avancement et en évaluant l'évolution de l'autonomie de chaque jeune.

→ Il existe deux types d'entretiens sur rendez-vous :

Entretien d'accueil en santé	Entretien de suivi
<p>Pour les jeunes vu·e·s pour la première fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation du rôle de MdM. • Écoute approfondie des besoins. • Identification des ressources et du niveau d'autonomie. • Élaboration du plan d'accompagnement. • Remplissage du DPI (dont indicateurs utiles au plaidoyer). 	<p>Pour les jeunes déjà connu·e·s :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'état d'accès aux droits. • Suivi des RDV médicaux et démarches. • Identification de nouveaux besoins. • Évaluation de l'autonomie. • Ajustement du parcours.

→ Un déroulement en 3 temps :

<p>1. Avant l'entretien <i>Préparation</i></p>	<p>→ Appel de rappel La veille ou le jour même rappeler le RDV et confirmer la présence du·de la jeune.</p> <p>→ Briefing par les salarié·e·s Présentation des situations prévues en RDV et des points à approfondir.</p> <p>→ Lecture du dossier informatique Par le binôme en charge de l'entretien pour connaître les dernières transmissions.</p>
<p>2. Pendant l'entretien <i>45 minutes max. (sauf recours à l'interprétariat)</i></p>	<p>→ Expression libre Temps permettant au·à la jeune de partager comment il-elle se sent.</p> <p>→ Questions ciblées Pour approfondir la situation.</p> <p>→ Information sur les options Présentation des ressources existantes.</p> <p>→ Co-construction Définition des prochaines étapes avec le·a jeune</p>
<p>3. Après l'entretien <i>Capitalisation</i></p>	<p>→ Mise en commun Partage des observations entre les bénévoles du binôme.</p> <p>→ Remplissage du DPI Mise à jour de l'onglet transmission.</p> <p>→ Programmation des suivis Planification des actions et rendez-vous nécessaires. Ces informations seront repartagées en équipe lors du débriefing.</p>

**ILLUSTRATION. Les entretiens d'écoute et d'orientation en santé mentale : un sas vers la prise en charge.**

Face aux besoins importants en santé mentale, le programme a mis en place des activités d'écoute psychologique dès 2017, avant de formaliser ce volet de l'action en 2022 par les entretiens d'écoute et d'orientation en santé mentale jusqu'en 2024. En parallèle de ce travail de terrain, la participation au PTSM à partir de 2019 a contribué à la création du dispositif CESaME 44, notamment inspiré de l'expérience EEO du programme et qui a pris son relais à partir de mars 2024 : depuis cette date, les écoutes psychologiques sont assurées par CESaME 44 après repérage et orientation par MdM.

Principe : Un maximum de 3 séances par jeune, fonctionnant comme un « sas » avant orientation vers les dispositifs de droit commun.

Objectifs :

- Évaluer les besoins en santé mentale.
- Offrir un premier espace d'écoute sécurisant.
- Préparer et faciliter l'orientation vers une prise en charge adaptée.

Modalités : Identification du besoin par l'équipe, entretien en binôme de psychologues, évaluation conjointe, orientation si nécessaire vers l'EPE, l'EMPP, les CMP.

➤ *Voir annexe B.5 : Fiche d'activité – Entretiens d'écoute et d'orientation en santé mentale, p. 143.*

**OUTIL ET BONNES PRATIQUES.****Les outils des entretiens individuels.**

- Trame d'entretien d'accueil en santé : guide les questions à aborder.
- Fiche de remplissage DPI : aide au remplissage du DPI suite au premier entretien.
- Carnet « Parcours de santé » : utilisé lors des entretiens de suivi.
- Onglet Transmission du DPI : pour consigner les informations importantes.
- Mémos et protocoles : AME, troubles du comportement, fragilité en santé mentale, appel du 115...
- Courrier de transmission standardisé pour les médecins généralistes.
- Fiches d'orientation : santé, hygiène, alimentation, accueil de jour, hébergement, juridique, écoles citoyennes...

➤ *Voir annexe B.2 : Fiche d'activité – les entretiens individuels sur RDV, p. 118.*

Les accompagnements physiques

Les accompagnements physiques – présence aux côtés des jeunes lors de rendez-vous médicaux ou administratifs – constituent le cœur de la médiation en santé. Ils peuvent être individuels ou en groupe, selon les besoins et les situations.

L'accompagnement physique n'est pas pensé uniquement sur le moment de la consultation, mais sur tout ce qui l'entoure : avant (préparation, repérage dans l'espace, anticipation des questions), pendant (posture de médiation, facilitation de la communication) et après (débriefing, transmissions).

**TÉMOIGNAGE.**

« On est systématiquement présents au premier rendez-vous médecin généraliste pour les aider à se repérer dans l'espace et surtout pour reprendre le temps avec eux sur le trajet de réexpliquer à quoi sert un médecin généraliste, comment le contacter, comment prendre rendez-vous. » — Médiatrice en santé MdM.

Les accompagnements peuvent également se faire en groupe, notamment dans le cadre du parcours d'examen de prévention en santé (EPS) mis en place avec le centre d'examens de santé de la CPAM.



ILLUSTRATION. L'examen de prévention en santé (EPS) : une nouvelle dynamique d'accompagnement.

En avril 2024, un partenariat dérogoatoire et expérimental a été établi avec la CPAM pour permettre aux MNA (bénéficiaires de l'AME) d'accéder à l'EPS, normalement réservé aux assurés sociaux.

Organisation : 5 places par mois au centre d'examens de santé, avec un accompagnement par MdM.

Cette modalité d'accompagnement en groupe apporte une dynamique nouvelle :

- Effet de groupe rassurant pour les jeunes (partir ensemble, partager l'expérience).
- Optimisation du temps des accompagnants.
- Création d'un moment convivial autour de la santé.
- Transmission d'informations de prévention pendant le trajet.
- Débriefing collectif après l'examen.

Une plus-value importante de ce partenariat : la venue de la CPAM durant les temps de permanence de MdM pour présenter le dispositif et répondre aux questions des jeunes en amont. Cette préparation collective permet de lever les appréhensions (prise de sang, vaccination) et de rassurer les jeunes avant le jour J. Ce dispositif permet également d'orienter les jeunes vers leur médecin généraliste avec un bilan de santé global déjà réalisé – alors que sans ce dispositif, l'orientation vers le·a généraliste précède les examens, qui sont ensuite effectués au fil du parcours de chaque jeune.

Ce format illustre comment l'accompagnement collectif peut compléter l'approche individuelle et créer de nouvelles opportunités pédagogiques.

➤ Voir annexe B.6 : Fiche d'activité – L'examen de prévention en santé (EPS), p. 153.



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

Les outils des accompagnements physiques.

- Courrier d'orientation médecin généraliste : pour faciliter la première consultation.
- Pochette accompagnement incluant la fiche pratique et divers documents ressources.
- Fiche de débriefing post-accompagnement.
- Planning des accompagnements.

➤ Voir annexe B.3 : Fiche d'activité – Les accompagnements physiques, p. 128.

Les ateliers collectifs

Les ateliers collectifs de promotion de la santé constituent un pilier de l'intervention. Ils permettent d'aborder des thématiques de santé de manière interactive et adaptée, en favorisant les échanges entre pairs. Ils peuvent être animés par l'équipe MdM ou par des intervenants extérieurs partenaires (Planning familial, consultation jeunes consommateurs d'Opelia, Solipsy, centre d'examen de santé de la CPAM...).

Les thématiques sont souvent choisies avec les jeunes et en fonction des besoins identifiés lors des entretiens individuels :

- Santé globale : la santé du quotidien, hygiène corporelle et bucco-dentaire, ce que signifie être en bonne santé.

- Accès aux droits : fonctionnement de l'AME, système de santé français, rôle du médecin généraliste.
- Prévention : vaccinations, IST, bilan sanguin.
- Santé mentale : compétences psychosociales, gestion du stress.
- Vie affective et sexuelle : en mixité ou en non-mixité selon les sujets.



TÉMOIGNAGE.

« C'est là où on écrivait. Parce qu'on prenait les doigts, on dessinait les doigts. Là, j'ai aimé. Parce que tu dessines tes doigts et puis tu écris les qualités, tes défauts. Donc, j'ai bien aimé. J'ai aimé parce que c'est ce qui est dans le cœur que je fais sortir. » — Jeune fille MNA.



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

Les outils des ateliers collectifs.

- Supports visuels et pédagogiques adaptés.
- Jeux et outils participatifs.
- Flyers d'information santé en plusieurs langues.
- Fiche de briefing/débriefing des ateliers.

➤ Voir annexe B.4 : Fiche d'activité – Les ateliers collectifs, p. 133.

FOCUS

Des formats d'ateliers collectifs spécifiques

Le groupe filles : répondre aux besoins spécifiques

Les filles représentent entre 5 et 12 % de la file active selon les années et constituent un groupe particulièrement vulnérable, avec des problématiques de santé spécifiques (violences sexuelles sur le parcours, mutilations génitales, mariages forcés, grossesses non désirées).

Un espace non-mixte a été créé pour libérer la parole sur des thématiques impossibles à aborder en groupe mixte. Le groupe, animé par une salariée et deux bénévoles femmes, a permis de créer du lien entre les jeunes filles, d'aborder des sujets sensibles (anatomie, contraception, SSR) et d'identifier des lieux ressources (Planning familial, UGOMPS, services de reconstruction).

« Ces groupes comblaient un "trou dans la raquette" : ils traitaient des besoins spécifiques qui n'étaient pas pris en charge ailleurs. » — Bénévole Mdm.

➤ Voir annexe B.4 : Fiche d'activité – Les ateliers collectifs – Focus Groupe filles, p. 135.

Les ateliers d'écriture : un outil de médiation innovant

L'atelier d'écriture a été proposé pour aider les jeunes à créer une « communauté de vécu » et à reconnaître leurs propres ressources. Le travail s'organise autour de trois temps : AVANT (la vie là-bas), LE VOYAGE (départ, traversées, peurs), ICI ET DEMAIN (une fenêtre sur le futur).

Un dispositif de dictée verbatim a été mis en place : les jeunes parlent, les bénévoles écrivent mot à mot. Le texte produit, « Jours noirs, nuits blanches », a remporté le 1er prix du jury au Festival des Gros maux organisé en 2024 par Mdm – un moment de grande fierté pour les jeunes.

« Le plus impressionnant, c'était l'ouverture que ça représentait de se dire "je rêve de..." – s'autoriser à voir un avenir dans un moment où ils sont coincés dans le dur. » — Bénévole Mdm.

➤ Voir annexe B.4 : Fiche d'activité – Les ateliers collectifs – Focus Ateliers d'écriture, p. 139.

La pair-aidance : une composante transversale

La pair-aidance constitue une spécificité forte du programme. Des jeunes ayant traversé le même parcours (actuels ou anciens MNA) sont formés et intégrés à l'équipe bénévole pour participer à l'accueil, faciliter la communication et partager leur expérience.

Les bénévoles pairs interviennent à plusieurs niveaux :

- Accueil des nouveaux jeunes : premier contact, présentation de MdM, mise en confiance.
- Facilitation linguistique et culturelle.
- Partage d'expérience : témoignage sur leur propre parcours, conseils pratiques.
- Co-animation d'ateliers : participation aux discussions santé.
- Accompagnements : présence aux côtés des jeunes pour les aider à repérer certains lieux (pharmacie, laboratoire, radio, etc.).

Les bénévoles pairs n'assurent pas de traduction et ne sont pas présents dans les situations relevant de la confidentialité.



TÉMOIGNAGE.

« Médecins du Monde, ils m'ont appris à apprendre aux autres. Aujourd'hui je peux transmettre à d'autres ce que j'ai appris. Je suis capable d'aider d'autres jeunes. » — Ancien MNA devenu bénévole pair.



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

Les outils de la pair-aidance.

- Guide de rencontre des candidat·e·s bénévoles pairs.
 - Charte du·de la·le·la bénévole pair (engagement réciproque MdM/bénévole pair).
 - Formation-action pair-aidance.
 - Documents supports pour les bénévoles pairs.
- Voir annexe B.7 : Fiche d'activité – La pair-aidance, p. 163.

La médiation vers les professionnel·le·s de santé

Comme évoqué en introduction, la médiation en santé s'exerce dans deux directions complémentaires : vers les personnes accompagnées et vers les professionnel·le·s et institutions. Ce second volet vise à faciliter la rencontre entre deux mondes qui, souvent, ne se connaissent pas ou se comprennent mal.

Principes de la médiation vers les professionnel·le·s

Une double connaissance nécessaire

Le·a médiateur·rice en santé n'est pas un·e simple intermédiaire : c'est un·e facilitateur·rice qui s'appuie sur une double expertise. Cette double connaissance lui permet de créer les conditions d'une rencontre effective entre le·a jeune et le·a professionnel·le de santé.

Connaissance des professionnel·le·s

- Leurs méthodes de travail.
- Leurs contraintes (temps, protocoles).
- Leur langage professionnel.
- Leurs attentes et limites.

Connaissance des jeunes

- Leurs besoins spécifiques.
- Leurs représentations culturelles.
- Leurs conditions de vie.
- Leurs peurs et incompréhensions.

Objectifs de la médiation vers les professionnel·le·s

La médiation vers le personnel de santé poursuit plusieurs objectifs complémentaires :

- Sensibiliser les professionnel·le·s de santé aux spécificités du public MNA : parcours migratoire, conditions de vie, représentations culturelles, obstacles à l'accès aux soins.
- Informer sur les droits à la santé des MNA en recours et les procédures administratives.
- Faciliter la communication entre les jeunes et les soignant·e·s lors des consultations.
- Fluidifier les parcours de soins en identifiant et levant les obstacles.
- Adapter les pratiques professionnelles aux besoins spécifiques de ce public.
- Documenter les dysfonctionnements pour nourrir le plaidoyer (niveau macro).

L'identification de médecins généralistes

L'inscription auprès d'un·e médecin généraliste constitue une étape clé du parcours. Dans un contexte de tension sur l'offre de soins de premier recours, l'identification de médecins généralistes acceptant de nouveaux patients – ce qui devient de plus en plus difficile – et disposé·e·s à recevoir ce public nécessite un travail de prospection et de mise en relation.

Critères de recherche des médecins généralistes :

- Proximité géographique avec les lieux de vie des jeunes.
- Disponibilité pour des consultations plus longues (notamment pour la première consultation).
- Sensibilité aux questions de précarité et d'interculturalité.
- Capacité d'adaptation (horaires, communication, etc.).
- En fonction de la façon s'est passé la consultation, on peut choisir de changer de médecin : pas de recours à l'interprétariat, pas sensible à la situation de précarité, mauvaise communication, pas de pris en compte de la santé mentale...



TÉMOIGNAGE.

« L'idée d'accueillir ces jeunes migrants me paraissait hyper importante. Peut-être aussi parce que mes parents ont été famille d'accueil. Il y avait plutôt des jeunes mineurs, j'ai eu quelques petits frères et sœurs. Quand Médecins du Monde a demandé à pouvoir nous adresser des jeunes, j'ai accepté. » — Médecin généraliste.

La sensibilisation des professionnel·le·s de santé

La sensibilisation des professionnel·le·s de santé constitue un levier essentiel pour améliorer la qualité des prises en charge. Elle peut prendre différentes formes.



ILLUSTRATION.

Le temps de rencontre avec les médecins. En juin 2024, un temps d'échange a été organisé avec les médecins généralistes recevant les jeunes du programme. L'objectif était de partager les constats et d'améliorer les pratiques. **Contenu :** présentation du public MNA (parcours, déterminants de santé, conditions de vie); présentation de l'accompagnement proposé par MdM et de sa logique d'autonomisation; présentation du carnet « Parcours de santé » comme outil de coordination; discussion sur les difficultés rencontrées et les limites de chacun.

« Ce qui était pas mal, c'est de voir quel était le parcours du jeune quand il arrive à Nantes. Et puis de voir le travail en cours sur le carnet de santé pour répertorier les examens. Parfois ils sont passés par le CHU, parfois ailleurs. Parfois ils ont leurs examens, parfois non. » — Médecin généraliste partenaire.

Autres modalités de sensibilisation :

- Participation à des évènements des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) : soirées thématiques sur la médiation en santé et la précarité.
- Formation informelle : lors des accompagnements, transmission d'informations sur le public et ses besoins.
- Courriers d'orientation : documents d'accompagnement présentant le contexte et les besoins spécifiques.
- Diffusion de ressources : dispositif sur l'interprétariat, note ARS sur les MNA, etc.

Le travail avec les médecins généralistes

Les apprentissages transmis par MdM aux médecins

Le travail conjoint avec MdM a permis aux médecins d'acquérir des clés de compréhension essentielles : *« Ce qui m'a aidée dans cette réunion avec Médecins du Monde, c'était de nous expliquer que le jeune, quand je lui pose la question "comment ça va", il me dit "un peu". Et je me dis, "un peu", c'est que ça va. Mais en fait, "un peu", ça veut dire "ça ne va pas". Donc quand il me dit "un peu", je dis "ah, qu'est-ce qui ne va pas ?" Et là, on peut discuter. »* (Médecin généraliste).

Thématiques	Ce qu'il faut savoir
Formuler les bonnes questions	Éviter les questions fermées qui peuvent amener à répondre par oui ou par non. Ne pas demander « Est-ce que tu as compris ? » mais plutôt « Qu'est-ce que tu as compris ? », qui invite à la reformulation.
Décoder les réponses	« Ça va un peu » peut signifier « ça ne va pas » – toujours creuser les réponses évasives.
La notion du temps	11 h peut être compris par les jeunes comme entre 11 h et 11 h 59 – il est nécessaire de bien préciser l'horaire 11 heures et 00 minutes.
Connectivité limitée	Certains forfaits téléphoniques ne permettent pas d'écouter les messages laissés sur leur répondeur. Les jeunes ne qui ont un compte Doctolib ne reçoivent pas toujours les rappels – nécessité de doubler avec un appel ou SMS.

Thématiques (suite)	Ce qu'il faut savoir (suite)
Changements de numéro	Garder le numéro de MdM comme contact de référence stable car il arrive fréquemment que les jeunes changent de numéro de téléphone.
Examens invasifs	Réticences fréquentes à certains examens (prises de sang, coproculture) – à reporter si non urgent et en prenant le temps d'expliquer.
Santé mentale	Troubles du sommeil très fréquents liés aux traumatismes – nécessite une attention et un suivi régulier.



TÉMOIGNAGE.

« J'ai beaucoup appris avec MdM. J'ai appris à mieux accueillir, à prendre plus de temps, à reformuler. Et surtout, j'ai compris que je pouvais les appeler si j'avais un doute, qu'il y avait une équipe derrière. » — Médecin généraliste.

L'adaptation des pratiques médicales

Aspect	Adaptation mise en place
Durée des consultations	Prévoir que les premiers rendez-vous prennent du temps : passer de 15 minutes à 30 minutes minimum.
Organisation en 2 temps	Premier rendez-vous : prise de contact et aspects administratifs (dossier, antécédents); Deuxième rendez-vous : examen clinique, sauf urgence.
Tolérance aux retards	Accepter les retards liés à la précarité de leur situation et à la différence culturelle.
Suivi rapproché	Consultations mensuelles pour certaines situations complexes (parcours de soins complexes, santé mentale).
Traçabilité	Noter les informations dans le carnet de santé du jeune plutôt que seulement dans le dossier médical pour qu'il puisse assurer son suivi malgré sa mobilité et/ou son errance.



TÉMOIGNAGE.

« Ce que j'ai fini par faire, c'est de prévoir une première consultation juste pour ouvrir le dossier, remplir le dossier, prendre les antécédents, rassembler les informations, et la fois prochaine je l'examinerai. On refait un rendez-vous. Ou alors l'urgence, c'est que je vous examine parce qu'il y a vraiment une urgence médicale. Mais c'est rarement le cas. » — Médecin généraliste.

Le rôle facilitateur de MdM

Au-delà de la sensibilisation, MdM joue un rôle de facilitation concrète qui allège la charge des médecins et sécurise le parcours des jeunes :

- Ouverture des droits avant la première consultation (AME).
- Possibilité de création de comptes Doctolib et prise des premiers rendez-vous selon les capacités des jeunes et s'ils-elles disposent d'un smartphone et d'une adresse mail.
- Accompagnement physique par un·e bénévole ou le·a médiateur·rice en santé sur les premières consultations.
- Transmission des courriers de synthèse pour que les médecins aient une vision complète.
- Point de contact stable pour joindre les jeunes en cas de besoin.



TÉMOIGNAGE.

« Médecins du Monde nous facilite vraiment la tâche parce qu'ils rassemblent un maximum d'informations. Les droits des jeunes sont ouverts. C'est eux aussi qui se débrouillent pour que le jeune ait un accès Internet, un accès à Doctolib, qui les accompagnent et les amènent à l'autonomie. » — Médecin généraliste.

L'accompagnement lors des consultations

La présence d'un·e accompagnant·e lors des premières consultations facilite la communication et la compréhension mutuelle entre les jeunes et les professionnel·le·s de santé. Cette présence est toutefois conçue comme temporaire, dans une logique d'autonomisation.

La posture de l'accompagnant·e en consultation :

- **En amont** : préparer le·a jeune (expliquer ce qui va se passer, anticiper les questions).
- **Pendant** : poser le cadre en début de consultation (présenter le·a jeune, expliquer le contexte si nécessaire), puis sortir pour laisser le·a jeune seul avec le·a médecin (sauf si le·a jeune en fait la demande contraire).
- **En aval** : débriefing avec le·a jeune, vérification de la compréhension, organisation du suivi.



TÉMOIGNAGE.

« L'approche de médiation en santé, c'est être là en soutien, mais laisser le lien se créer directement entre le jeune et le médecin. » — Synthèse atelier bénévoles.

La gestion des situations difficiles

Lorsque des difficultés surviennent dans le parcours de soins (rendez-vous manqués, incompréhensions, pratiques inadaptées), la médiation intervient pour fluidifier la relation :

- **Présence renforcée** : être présent·e au prochain rendez-vous pour observer et faciliter.
- **Médiation directe** : échanger avec le·a professionnel·le pour comprendre les difficultés.
- **Changement de médecin** : si l'adaptabilité n'est pas possible, orienter vers un·e autre praticien·ne.
- **Documentation** : noter les dysfonctionnements récurrents pour alimenter le plaidoyer.

Outils proposés aux soignant·e·s

Outil	Fonction
Carnet de santé adapté	Carnet parcours de santé de l'ARS PDL qui centralise les informations médicales et facilite la continuité du parcours de soins.
Courrier de liaison	À destination du·de la médecin généraliste pour la première consultation, il présente la situation du·de la jeune, son statut, ses antécédents, les ressources disponibles en santé – précarité.
Note ARS sur les MNA	Cette note d'instruction sur la prise en charge sanitaire des MNA précise les situations où les soins peuvent être dispensés sans autorisation parentale, légitime le recours systématique à l'Interprétariat, sécurise les soignant·e·s juridiquement.
Dispositifs ARS PDL pour l'accès à l'interprétariat	Permet et légitime le recours à l'ISM Interprétariat pour les médecins libéraux, les chirurgiens dentiste, les sages-femmes, les infirmières libérales et les orthophonistes.
Livret soignant·e·s MNA	Document produit par le programme qui rappelle le cadre juridique liés aux exceptions de recueil du consentement parental. Il est accessible ici.
Supports visuels	Planches anatomiques, schémas, pictogrammes pour expliquer les examens et traitements.

➤ Voir annexe C.3- Fiche thématique : La médiation en santé auprès des professionnel·le·s de santé, p. 186.

En synthèse

Cette section « L'accompagnement » a présenté la mise en pratique du modèle d'intervention au niveau de l'accompagnement des jeunes :

- Le parcours d'accompagnement avec ses deux composantes indissociables (accès aux droits et accès aux soins).
- L'organisation du programme avec des portes d'entrée multiples pour s'adapter à chaque jeune.
- La posture d'accompagnement (double socle de compétences et attitudes clés).
- Le développement de l'autonomie et des compétences psychosociales.
- Les briques opérationnelles interconnectées (permanence MPS, entretiens, accompagnements, ateliers, pair-aidance).
- La médiation vers les professionnel·le·s de santé.
- Les outils associés à chaque brique d'activité.

Ces éléments opérationnels ne prennent sens qu'en articulation avec les fondements présentés dans la partie « Se positionner ». Ils constituent des outils transférables, susceptibles d'être adaptés à d'autres contextes territoriaux ou à d'autres publics.

La section suivante (« L'écosystème et la coordination ») élargit la focale : l'accompagnement individuel, aussi structuré soit-il, ne peut répondre seul à l'ensemble des besoins des jeunes. Elle présente comment le programme s'inscrit dans un écosystème de partenaires et contribue à le structurer.

L'écosystème et la coordination

Construire un parcours d'accès aux soins avec les partenaires du territoire. La section précédente (« L'accompagnement ») a présenté l'accompagnement des jeunes vers l'autonomie. Mais cet accompagnement individuel ne peut produire ses effets que s'il s'inscrit dans un écosystème d'acteurs coordonnés. C'est l'objet de cette section : celui du travail partenarial sur le territoire.



À RETENIR.

La coordination : un moyen au service d'une finalité. La coordination est au service d'une finalité : construire un parcours d'accès à la santé, aux droits et aux soins coordonné et efficace pour les MNA. Sans cette coordination, les jeunes se retrouvent face à un système fragmenté, multipliant les démarches, les répétitions, et les risques de rupture de parcours.

Dans une approche de santé globale, les besoins des MNA ne peuvent être dissociés : santé physique, santé mentale mais aussi hébergement, alimentation, scolarité, protection juridique, socialisation sont interconnectés. Cette multiplicité des besoins impose une multiplicité d'acteurs coordonnés : aucun ne peut répondre seul à l'ensemble des déterminants de santé.

Face à cette complexité, le programme a fait le choix d'une logique d'articulation avec l'existant et la mobilisation pour aboutir à la création de dispositif manquant. L'enjeu est double : mobiliser les ressources du droit commun au bénéfice des jeunes accompagnés, et contribuer à faire évoluer les pratiques des acteurs du territoire.



TÉMOIGNAGE.

« C'est très important de ne pas travailler de manière isolée. Chaque association aborde un volet du jeune, un besoin spécifique. Il faut absolument travailler ensemble et harmoniser nos pratiques. Pour les jeunes, il faut de la cohérence : il faut marcher tous sur la même ligne et avancer ensemble, parce que sinon eux, ils sont perdus. » — Bénévole MdM.

La diversité des acteurs : une richesse nécessaire

L'écosystème nantais de réponse aux besoins des MNA rassemble des acteurs de natures très différentes. Cette diversité n'est pas un obstacle à la coordination : elle en est la condition. Chaque type d'acteur apporte une légitimité, des compétences et une posture spécifique qui enrichissent la réponse globale.

Quatre types d'acteurs complémentaires

L'accompagnement des MNA en recours mobilise une diversité d'acteurs aux fonctions complémentaires (voir tableau p. 71). Cette typologie permet de comprendre le rôle spécifique de chacun dans l'écosystème et les complémentarités à construire.



TÉMOIGNAGE.

« Tout le monde ne peut pas tout faire, n'est pas compétent pour tout. La reconnaissance de la valeur ajoutée de chaque acteur enrichit la réponse globale. » — Partenaire social de MdM.

Type d'acteur	Rôle dans l'écosystème	Exemples à Nantes
Institutionnels	Cadre légal et réglementaire. Pouvoir de décision administrative. Accès au droit commun. Expertise technique spécialisée. Coordination des politiques publiques. Reconnaissance officielle des parcours.	CD44, ARS, URPS, CPTS, Mairie de Nantes, CHU de Nantes, CPAM, Préfecture, SIAO, Rectorat.
Associations gestionnaires et structures de soin	Accompagnement structuré et professionnel. Ancrage territorial et connaissance du réseau. Continuité et suivi des parcours. Innovation dans les pratiques Interface entre publics et institutions. Expertise métier (santé, social, juridique).	FTDA, CEMEA, ANEF-FERRER, Solidarité Estuaire, Aurore, CESaME 44, FAS, URIOPSS MSP, cabinets médicaux et structures de soins.
Associations militantes	Soutien quotidien et accompagnement. Réactivité face aux urgences. Lien social et ancrage dans la cité. Veille et alerte sur les situations. Documentation et témoignage.	ASCOF 44, CEMEA, Cimade, écoles citoyennes (HLM, JEM), EGIDE Solidarité, Gasprom, Hébergeurs Solidaire, LDH, Maison jeunes migrants, MDM, RESF.
Collectifs citoyens et groupes de travail	Coordination des actions et interconnaissance. Liberté de parole et/ou capacité d'interpellation. Plaidoyer et action politique. Mobilisation citoyenne.	Collectifs MNA 44 et Personne à la rue ! Groupe de travail pluri-acteurs « Santé des MNA », groupe « Santé mentale des personnes migrantes » du PTSM 44, CLSM de Nantes.

Note : Un même acteur peut relever de plusieurs catégories selon ses missions et sa nature.

La valeur de la diversité : croiser les regards et les compétences

L'intérêt de mobiliser des acteurs de natures différentes ne réside pas seulement dans l'addition de leurs moyens, mais dans le croisement de leurs regards. Un même jeune sera perçu différemment par un travailleur social, un militant, un hébergeur citoyen ou un soignant. Ces perceptions complémentaires permettent une compréhension plus fine des situations.



TÉMOIGNAGE.

« Médecins du Monde arrive bien à jongler entre le monde du bénévolat et le monde des professionnels de l'action sociale. Ils arrivent bien à s'adapter au langage des uns et des autres, et ça permet d'avoir une certaine unité. » — Partenaire ANEF-FERRER.

Cette capacité à articuler des mondes différents est particulièrement précieuse. Le programme MNA de MdM occupe une position hybride, à l'interface entre :

- Le monde institutionnel et le monde associatif.
- Les professionnel·le·s de l'action sociale et les bénévoles militants.
- Les acteurs de la santé et les acteurs sociaux.
- Les structures formelles et les initiatives citoyennes.



TÉMOIGNAGE.

« C'est un acteur hybride, à la fois militant et professionnel, qui permet d'articuler le monde professionnel et le monde associatif, militant et bénévole. Il y a peu d'associations qui savent travailler sur ces deux aspects. » — Partenaire CEMEA/TAMO.

Le partage de connaissances : apprendre les uns des autres

La coordination entre acteurs de natures différentes permet aussi un transfert de connaissances. Les acteurs institutionnels ou les opérateurs sociaux, s'ils possèdent une expertise dans leur domaine d'intervention, n'ont pas toujours celle relative au public spécifique que sont les MNA en recours. Le partage d'informations et la transmission des savoirs sont essentiels.



TÉMOIGNAGE.

« Quand la ville de Nantes nous a demandé d'ouvrir ce dispositif de 85 places avec deux publics différents, dont les mineurs non accompagnés en recours, on n'avait pas du tout de notions. On s'est dit, c'est un sacré challenge. Et heureusement, on a eu ce partenaire qui était présent. Ça a toujours été constructif. Je ne me suis jamais sentie jugée dans ma pratique. Il y avait vraiment une transmission de savoir. » — Partenaire ANEF-FERRER.

Cette transmission fonctionne dans les deux sens : MdM apporte sa connaissance du public et des parcours, tandis que les partenaires apportent leur expertise métier (hébergement, insertion, juridique...). C'est cette réciprocité qui fait la richesse du partenariat.



TÉMOIGNAGE.

« Malgré tout, il y avait la reconnaissance de la place de chacun et des fonctions de chacun. Chacun son métier. Et malgré tout, on peut être complémentaires. » — Partenaire ANEF-FERRER.

Les sphères d'intervention : répondre aux besoins de manière globale

L'approche en santé globale implique d'intervenir sur l'ensemble des déterminants de santé des MNA. Ces déterminants peuvent être regroupés en grandes sphères d'intervention, chacune mobilisant des acteurs spécifiques.

Sphère	Besoins couverts	Acteurs mobilisés
Santé	Prévention, dépistage, soins, santé mentale, santé sexuelle	MdM, médecins libéraux, MSP, CHU, PASS, CES-CPAM, CMP, CESaME 44, Planning familial.
Droits	Domiciliation, AME, recours juridique, protection	CCAS, CPAM, Cimade, Gasprom, avocats, CD44, tribunal.
Hébergement et mise à l'abri	Mise à l'abri, hébergement d'urgence, logement stable, sécurité	ANEF-FERRER (dispositif Broussais), EGIDE Solidarité, Maison jeunes migrants, hébergeurs solidaires, maraudes, 115 (saturé) et haltes de nuit.
Autres besoins fondamentaux	Alimentation, hygiène, vêtements	Accueil de jour jeunes migrants mairie de Nantes, Aurore (service de restauration), distributions alimentaires, vestiaires.
Éducation	Cours de français, scolarisation, formation	ASCOFF 44, Écoles citoyennes (HLM, JEM), Éducation nationale, missions locales.
Lien social	Socialisation, activités, appartenance	Ateliers MdM, Accueil de jour jeunes migrants, bénévoles et militants, associations sportives/culturelles.



À RETENIR.

L'interdépendance des sphères. La coordination est au service d'une finalité : construire un parcours d'accès à la santé, aux droits et aux soins coordonné et efficace pour les MNA. Sans cette coordination, les jeunes se retrouvent face à un système fragmenté, multipliant les démarches, les répétitions, et les risques de rupture de parcours.

Les espaces de coordination

L'expérience du programme a montré l'importance de disposer d'espaces dédiés à la coordination, à différentes échelles et pour différents objectifs. Comme l'illustre le parcours global d'accompagnement proposé au MNA en recours à Nantes présenté à la page 74, la réponse à leurs besoins couvre de nombreux domaines qui rendent la coordination indispensable

L'importance de se réunir

Le travail de coordination ne se fait pas uniquement par des échanges bilatéraux. Les temps de réunion collective sont essentiels : ils permettent de partager l'information, d'harmoniser les pratiques et de sortir de l'isolement que peuvent ressentir les acteurs face à des situations difficiles.

PARCOURS D'UN MNA EN RECOURS À NANTES



France Terre d'Asile

Recueil Provisoire d'Urgence & évaluation

missionné par le CD44

Temps de répit • Entretien infirmier • Ouverture de droits AME

PRINCIPES D'INTERVENTION

- Coordination et complémentarité
- Engagement citoyen
- Engagement des collectivités locales
- L'action et le plaidoyer
- Recueil & partage des données

Notification de rejet de minorité & Fiche de transmission médico-sociale

ACCUEIL DE JOUR JEUNES MIGRANTS (mairie de Nantes)

- 1^{er} accueil • Lieu de répit
- Besoins fondamentaux • Hygiène • Domiciliation

La R'ssource & Espace TAMO

SANTÉ



SANTÉ & ACCÈS AUX SOINS
MÉDECINS du Monde
SANTÉ MENTALE
CESaME 44

SCOLARISATION



Ecole JEM, Ecole HLM, ASCOF 44, RESF 44

ACCUEIL JURIDIQUE



Cimade, RESF 44, Gasprom, Anef-Ferrer

HÉBERGEMENT



Hébergeurs solidaires, Égide solidarité, Maison Jeunes Migrants, Foyer Broussais (mairie de Nantes), 115 (saturé)

KITS HYGIÈNE



Restaurant Aurore (mairie de Nantes)

TRANSPORT



Restaurant Aurore (mairie de Nantes)

ALIMENTATION



Restaurant Aurore (mairie de Nantes), distributions alimentaires

**TÉMOIGNAGE.**

« Ce qui était vraiment important pour moi, c'est de ne pas travailler de manière isolée, de travailler vraiment avec le collectif. Chaque association répond à un besoin spécifique du jeune. Il faut absolument travailler ensemble et harmoniser nos pratiques, harmoniser ce qu'on dit aux jeunes. » — Bénévole MdM.

**À RETENIR.****Les principes du travail partenarial.**

- Complémentarité : chaque acteur apporte sa valeur ajoutée spécifique.
- Non-substitution : ne pas remplacer les acteurs du droit commun mais faciliter l'accès.
- Réciprocité : le partenariat bénéficie à tous les acteurs impliqués.
- Respect : reconnaissance de la place et des fonctions de chacun·e.
- Cohérence : harmoniser les pratiques et les messages pour les jeunes.

Les espaces de coordination sur le territoire nantais

L'accompagnement des MNA en recours mobilise plusieurs espaces de coordination aux fonctions complémentaires. Chacun répond à des besoins spécifiques et rassemble des acteurs différents selon les objectifs poursuivis.

À ces espaces collaboratifs (collectifs associatifs, groupes de travail avec les institutions et les collectivités) s'ajoutent de nombreux temps de rencontre en bilatéral avec les parties prenantes : institutions (ARS, CPAM, Préfecture), collectivités (CD44, mairies), associations gestionnaires, organismes médico-sociaux, structures de santé (CHU, MSP, cabinets libéraux, laboratoires, cabinets de radiologie).

Le programme investit également d'autres espaces de coordination : le collectif Personne à la rue ! (qui défend l'accès à l'hébergement et au logement) et la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de l'ARS.

Le Collectif MNA 44 : veille et plaidoyer

Le Collectif MNA 44 rassemble des acteurs associatifs et citoyens engagés auprès des MNA sur le territoire nantais. Son intérêt réside dans la complémentarité des compétences réunies, couvrant l'ensemble des besoins des jeunes : santé (Médecins du Monde), hébergement (Collectif des hébergeurs solidaires, EGIDE Solidarité), scolarisation (ASCOF 44, École HLM, École JEM, RESF), accompagnement juridique et défense des droits (La Cimade, LDH), entre autres.

La composition du collectif a évolué au fil du temps : certains acteurs ont rejoint le collectif, d'autres s'en sont retirés selon leurs priorités et leurs capacités.

Ce que permet cet espace :

- Mutualisation et coordination des réponses en fonction des compétences de chacun (hébergement, scolarité, juridique, santé).
- Partage d'informations et alertes sur les situations des jeunes.
- Portage d'un plaidoyer commun via des rencontres, courriers d'interpellation et des mobilisations.

**TÉMOIGNAGE.**

« Médecins du Monde, quand ils font un communiqué dans la presse régionale, il a beaucoup plus de chances de le faire passer que si c'est le collectif seul. Médecins du Monde apporte les outils de la communication, permet de rendre visible ce que fait le collectif. » — Bénévole de la LDH.

**À RETENIR.****Facteurs de réussite identifiés.**

- La reconnaissance de la valeur ajoutée de chaque acteur.
- La stabilité des représentant·e·s des associations membres du le collectif.
- Une animation empreinte de la logique de terrain, accompagnée d'un recueil de données.
- Une logique de plaidoyer qui se traduit par de la communication et des mobilisations.
- Une figure de coordination qui stimule une dynamique collective régulière.

Le groupe de travail pluri-acteurs « Santé des MNA »

Mis en place en septembre 2022, ce groupe rassemble les acteurs du droit commun : CD44, dispositif Santé protégée, CFPD, CLAT, maison de santé Île de Nantes Ouest, PJJ, MdM et associations gestionnaires opérant pour le CD44.

Objectifs :

- Améliorer le parcours d'accès aux soins des MNA, qu'ils·elles soient reconnu·e·s mineur·e·s ou en recours.
- Créer des outils partagés pour faciliter la coordination.
- Identifier les dysfonctionnements et y apporter des réponses collectives.

Réalisations concrètes :

- Rencontres thématiques avec participation d'acteurs extérieurs (santé mentale, VAS).
- Diffusion de la note d'instruction ARS du 24/07/23 sur la prise en charge sanitaire des MNA.
- Diffusion du carnet « Parcours de santé » adapté au public et contribution à sa mise à jour.
- Création de la fiche de liaison FTDA pour assurer la continuité des parcours d'accès aux droits AME et aux soins.

Le PTSM : renforcer l'offre en santé mentale pour les personnes exilées

Le projet territorial en santé mentale (PTSM), piloté par l'ARS, a permis de structurer un travail collectif autour de la santé mentale des personnes exilées.

Genèse : en 2018, un diagnostic territorial a été réalisé, sollicitant notamment MdM pour identifier les lacunes en matière de santé mentale. MdM a signalé la situation des personnes étrangères et des MNA comme prioritaire. Ce diagnostic a conduit au lancement du PTSM avec 50 actions, dont celle dédiée à la santé mentale des publics exilés.

Organisation : le groupe de travail « Santé mentale des personnes migrantes » du PTSM rassemble les centres hospitaliers de psychiatrie de Loire-Atlantique, les structures accueillant des demandeurs d'asile, des bénévoles de MdM, la mairie de Nantes, et d'autres acteurs engagés auprès du public exilé.

**TÉMOIGNAGE.**

« On s'est rendu compte que c'était très compliqué parce que la porte était soit fermée, soit semi-ouverte. Les arguments : "on ne sait pas faire", "on n'est pas formé au psychotrauma", "il y a la question de la domiciliation", "la peur de l'étranger"... » — Bénévole psychologue MmM.

Résultats concrets :

- Création de CESaME 44 : équipe mobile d'écoute en santé mentale pour les personnes exilées.
- Renforcement de l'offre de formation sur la santé mentale (premiers secours en santé mentale).
- Organisation de colloques (santé mentale, psycho-trauma, la non-demande de soins...).
- Réalisation d'une étude sociologique sur la santé mentale et l'accès aux soins des étrangers en Loire-Atlantique.

Ce que montrent ces trois espaces

Ces espaces de coordination illustrent plusieurs principes :

- La complémentarité des fonctions : le plaidoyer militant (Collectifs MNA 44 et Personne à la rue !) et le travail institutionnel (groupe pluri-acteurs « Santé des MNA », PTSM) se nourrissent mutuellement.
- L'importance d'espaces dédiés : chaque thématique (veille/alerte, parcours de soins, santé mentale) nécessite un espace spécifique avec les acteurs concernés.
- Le rôle de « passeur » : certains acteurs participent à plusieurs espaces et assurent la circulation de l'information entre eux.

**TÉMOIGNAGE. L'évolution du territoire en 10 ans.**

« Avant, il y avait un manque de connaissance sur le public MNA. Aujourd'hui, il y a quand même beaucoup de gens sensibilisés, voire très bien formés. Cette évolution est le fruit du travail de coordination et de sensibilisation mené collectivement. » — Bénévole MmM.

La coordination en action : construire des parcours fluides**L'interconnaissance : un levier pour la fluidité**

Un parcours d'accès aux droits et aux soins pour un MNA en recours mobilise une pluralité d'acteurs, de dispositifs et de disciplines. Dans ce contexte, l'enjeu est l'existence d'une interconnaissance opérationnelle entre les différents acteurs.

À Nantes, les acteurs du Collectif MNA 44, souvent en première ligne, ont tenté de travailler dans cette logique d'interconnaissance qui permet :

- d'identifier les champs d'intervention et les expertises de chacun·e ;
- de repérer rapidement l'acteur le plus pertinent selon la demande formulée par le·a jeune ;
- d'orienter de manière fluide les jeunes d'un acteur à un autre, sans les laisser seuls face à un système fragmenté.

**TÉMOIGNAGE.**

« Toutes les associations se sont présentées en disant aux familles : voilà, nous on fait ça, s'il y a tel problème, venez nous contacter. (...) Ça permet d'avoir un réseau de soutien et de savoir qui mobiliser en cas de difficulté. » — Présidente du collectif des hébergeurs solidaire.

**À RETENIR. Recommandation : vers un acteur référent pour les MNA en recours ?**

Lorsqu'un·e MNA en recours est pris·e en charge par un dispositif dédié – comme le dispositif Broussais – il bénéficie d'un·e éducateur·rice référent·e qui a une vision globale de sa situation et coordonne l'ensemble de son parcours (hébergement, scolarité, santé, démarches administratives).

Mais pour les jeunes qui ne sont pas pris en charge dans un tel dispositif, cette figure de coordination n'existe pas. L'interconnaissance entre acteurs du collectif constitue un levier essentiel, mais elle atteint ses limites : les jeunes naviguent entre les différents acteurs selon leurs besoins, sans qu'aucun n'ait une vision d'ensemble de leur situation.

Piste à explorer : la désignation d'un acteur référent avec une fonction de « fil rouge » qui assurerait la coordination globale du parcours pour les MNA non pris en charge par un dispositif dédié.

Le parcours de soins : une coordination ciblée et structurée

C'est principalement sur le volet santé qu'a émergé l'intention de construire un parcours structuré et dynamique, pensé comme tel dès la conception de l'intervention. Dans un environnement marqué par la multiplicité des acteurs, des étapes et des disciplines mobilisées, la santé est apparue comme un champ nécessitant une organisation spécifique afin d'éviter les ruptures et les pertes de repères.

Dans ce cadre, Médecins du Monde a assuré une **fonction de coordination ciblée du parcours de soins**, en accompagnant les jeunes dans la structuration et la continuité de leurs démarches :

- articulation des différentes étapes (ouverture des droits, orientation vers le·a médecin généraliste, examens, spécialistes, santé mentale);
- circulation de l'information entre les acteurs de santé;
- préparation et sécurisation des rendez-vous;
- continuité du suivi dans le temps.

Cette approche visait à transformer une succession d'actes isolés en un parcours lisible et progressif.

**TÉMOIGNAGE.**

«Aujourd'hui, au niveau du travail effectué auprès des accueils de jour et de Médecins du Monde, c'est très qualitatif. Ça nous facilite grandement les choses. Le jeune arrive, très souvent, il a les droits à l'AME ouverts ou en cours. Il est domicilié. Il a un médecin ou c'est en cours.» — Partenaire ANEF-FERRER.

Le parcours d'accès aux soins en pratique

Le parcours de santé des MNA s'articule autour de plusieurs dimensions complémentaires relatives à l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, puis au parcours de soins, qui couvre lui-même plusieurs domaines.

Ces dimensions ne s'inscrivent pas dans une séquence linéaire et figée. Elles sont imbriquées, mobilisables à différents moments afin que le parcours proposé soit adapté aux besoins identifiés et/ou exprimés par le·a jeune.

Par ailleurs, les activités du programme ont évolué dans le temps afin de s'adapter aux besoins observés sur le terrain et aux résultats de plaidoyer obtenus. Ainsi, certaines activités ont été transférées, réorientées ou arrêtées afin d'éviter toute substitution durable aux dispositifs existants.

Le schéma page 79 présente le fonctionnement du parcours tel qu'il est mis en œuvre fin 2025.

↓ Les étapes du parcours d'accès aux soins et les domaines de prise en charge

Ce schéma présente le fonctionnement actuel du parcours. Les dimensions ne sont pas linéaires : elles sont imbriquées et activées selon les besoins des jeunes.

► ÉTAPE 1 : ENTRÉE DANS LE PARCOURS

1. FTDA (évaluation)	2. TAMO (accueil de jour)	3. Médecins du Monde
<ul style="list-style-type: none"> Entretien infirmier Premiers soins urgents Demande AME initiée Fiche de liaison médico-sociale 	<ul style="list-style-type: none"> Premier accueil Attestation de suivi Domiciliation CCAS Mise à jour de l'adresse avec la CPAM Récupération numéro AME si disponible 	<ul style="list-style-type: none"> Accueil en collectif Entretien de pré-accueil Entretien d'accueil santé Évaluation des besoins Orientation parcours Entretiens de suivi

► ÉTAPE 2 : PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Parcours EPS (collectif)	Parcours MG (individuel)
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation par le CES (pendant permanence MdM) Bilan de santé complet Radio pulmonaire (CHU) Lecture des résultats et vaccination (CFPD, 3 semaines après) Ateliers collectifs de promotion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Première consultation de médecine générale Puis, si absence de bilan de santé en amont : dépistage parasitose ; prise de sang, bilan sanguin ; radio pulmonaire. Rattrapage vaccinal

► DOMAINES DE PRISE EN CHARGES SPÉCIFIQUES *(activables à tout moment selon les besoins des jeunes)*

ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Accès soins et urgences	Prévention et spécialités
<ul style="list-style-type: none"> PASS (CHU) Médecins généralistes Laboratoires de biologie médicale Cabinets de radiologie Urgences du CHU SAMU/15 	<ul style="list-style-type: none"> CLAT (tuberculose) CFPD (prévention et dépistage) CeGIDD (IST/VIH) Centre de soins dentaires (CHU) CPMIT (infectieux) Autres spécialistes et services du CHU

SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

Soutien et première écoute	Orientation et suivi	Spécialisé
<ul style="list-style-type: none"> Espace d'accueil psychosocial (MdM) Entretien d'accueil et de suivi (MdM) Entretiens d'écoute et d'orientation de MdM (CESaME 44 depuis mars 2024) Solipsy (ateliers de renforcement des CPS) Consultation jeunes consommateurs (ateliers collectifs) 	<ul style="list-style-type: none"> Urgences psychiatriques (CHU) PASS Psy CMP/CMPEA École des parents et des éducateurs Maison des adolescents Association Le Pas 	<ul style="list-style-type: none"> CRCT (transculturel) ELPP & EMPP (psychiatrie et précarité) Centre régional du psychotraumatisme CSAPA / CAARUD Lits halte soins santé

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET AFFECTIVE

Prévention et éducation	Soins et accompagnement
<ul style="list-style-type: none"> Ateliers vie affective et sexuelle du CES Ateliers du Planning familial 44 CeGIDD (dépistages IST/VIH) 	<ul style="list-style-type: none"> UGOMPS (CHU) Centre Simone Veil (IVG) Services reconstruction des mutilations génitales (CHU) Sage-femmes : suivi grossesse/contraception

➤ Voir aussi l'annexe C.2 – Fiche thématique : La coordination du parcours d'accès à la santé, aux droits et aux soins, p.180.

Le plaidoyer et les résultats obtenus

Faire évoluer le système par l'action collective. Le plaidoyer constitue le troisième niveau d'intervention du programme MNA de Médecins du Monde à Nantes. Le travail de coordination ne se limite pas à l'accompagnement des jeunes. Il produit également une connaissance fine des obstacles systémiques qui entravent l'accès effectif aux droits et aux soins. Ces constats, documentés et structurés, alimentent le travail de plaidoyer. Le plaidoyer s'inscrit dans une dynamique circulaire et collective avec l'action de terrain : les constats issus de l'accompagnement quotidien nourrissent les revendications portées avec les partenaires, et les avancées obtenues – souvent grâce à la mobilisation conjointe de plusieurs acteurs – transforment les conditions d'intervention.

Cette section présente la méthodologie de plaidoyer développée par le programme, illustrée par des cas pratiques documentés, ainsi qu'une analyse des résultats obtenus et des conditions de leur réussite.



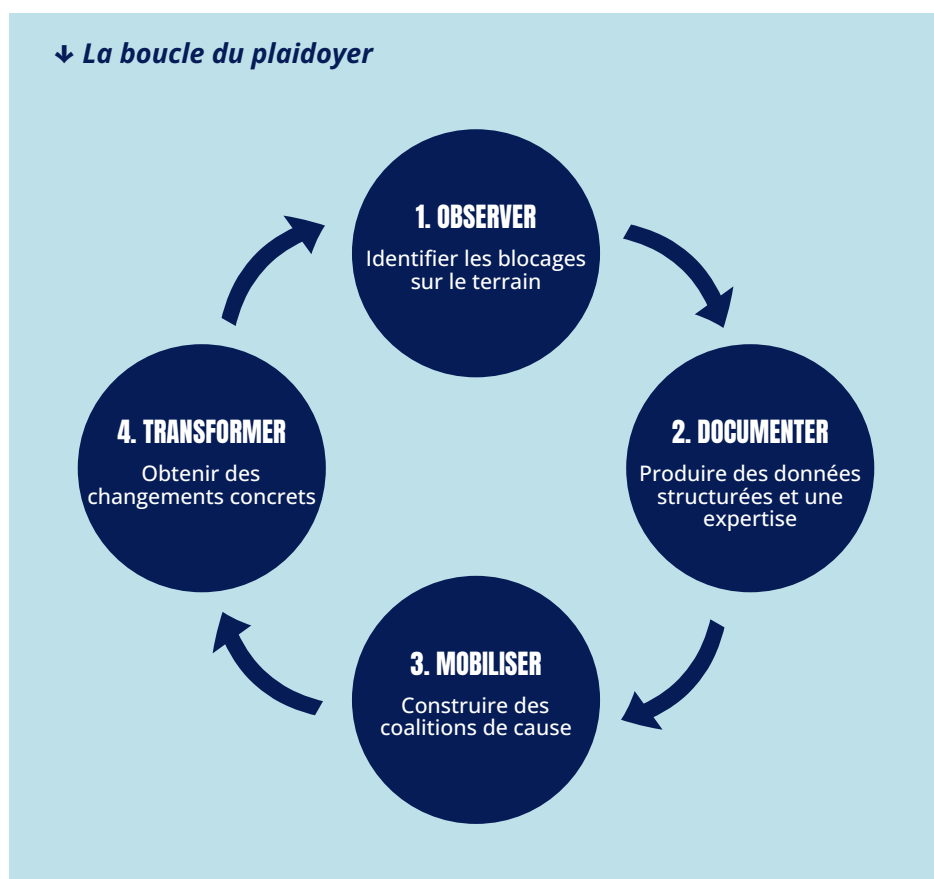
À RETENIR. Le cercle vertueux

Terrain → Coordination → Constats partagés → Plaidoyer → Évolutions institutionnelles → Amélioration des parcours.

La méthodologie de plaidoyer

La boucle intervention-plaidoyer

Le plaidoyer du programme MNA ne constitue pas une activité séparée de l'intervention directe : il en est le prolongement naturel. Cette articulation peut être représentée comme une boucle vertueuse.





TÉMOIGNAGE.

« Pour obtenir la note d'instruction de l'ARS sur les MNA, demandée au nom de Médecins du Monde tout seul, ça n'a pas apporté de résultat. Par contre, demander en coalition de cause, ça a apporté des résultats rapidement. Coalition, poids, légitimité, résultat. » — Coordinateur du programme.

Les leviers d'action

Le programme mobilise plusieurs leviers complémentaires pour faire avancer ses revendications :

Leviers	Description et exemples
Interpellations directes	Courriers, notes de synthèse, rencontres avec les décideurs (ARS, département, mairie), participation aux instances de démocratie sanitaire (CRSA).
Coalitions de cause	Groupe de travail pluri-acteurs « Santé des MNA », Collectif MNA 44, Collectif Personne à la rue !, courriers signés collectivement, positions communes.
Médiatisation	Communiqués de presse, témoignages publics, tweets, articles dans la presse locale et nationale.
Participations institutionnelles	Présence dans les instances (PTSM, CLSM, groupes de travail ARS), contribution aux travaux de révision du carnet « Parcours de santé ».
Mobilisation citoyenne	Actions de rue, rassemblements (journée CIDE, journée des migrants), sensibilisation du grand public.

Le rôle spécifique de Médecins du Monde

Dans l'écosystème nantais, Médecins du Monde occupe une position particulière qui lui confère un rôle moteur dans le plaidoyer :

- **Production de données** : la proximité avec le terrain permet de documenter les situations, de produire des statistiques et des analyses que les autres acteurs n'ont pas toujours la capacité de formaliser.
- **Expertise reconnue** : la légitimité d'une organisation nationale reconnue, historiquement engagée sur les questions de santé et de précarité, donne du poids aux interpellations.
- **Capacité de formalisation** : rédaction de notes, de courriers argumentés, de documents d'interpellation qui peuvent être appropriés par d'autres acteurs.
- **Visibilité médiatique** : expertise dans la rédaction de communiqués de presse, impact du logo de Médecins du Monde qui a plus de chances d'être relayé que celui d'une association locale.

**TÉMOIGNAGE.**

« Médecins du Monde avait une expertise, des données, une capacité à rédiger, à formaliser des choses. En gros, au départ, ça part de l'identification d'un problème. Médecins du Monde fait la mise en forme et crée la matière pour que tout le monde se la réapproprie et la porte ensemble. » — Coordinateur du programme.

Mise en œuvre : cas pratiques

Cette section présente trois cas concrets de plaidoyer menés par le programme, illustrant la diversité des enjeux et des approches. Chaque cas fait l'objet d'une fiche d'étude de cas standardisée permettant d'en tirer des enseignements transférables.

Cas n° 1 : La note ARS sur la prise en charge sanitaire des MNA

Contexte du problème. Les MNA, par définition, ne disposent pas de tuteur légal en France. Cette situation crée des blocages récurrents pour l'accès à certains soins nécessitant une autorisation parentale, en particulier les actes invasifs (anesthésie, chirurgie, examens intrusifs). Les anesthésistes et chirurgiens refusaient régulièrement d'intervenir en l'absence d'autorisation parentale, créant des retards ou renoncement aux soins.

Chronologie et démarche.

- **2017-2018** : Identification du problème sur le terrain. Création par MdM du livret d'orientation « Accès aux soins et autorisations pour soins des mineurs non accompagnés – Note à destination des professionnels de santé » et premières contributions aux rapports annuels de la CRSA « Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé » pour interpellation de l'ARS sur cette problématique.
- **2019** : Le projet de MdM intervenant auprès des MNA à Paris obtient de l'ARS Île-de-France une note d'instruction. MdM Nantes demande une réplique à l'ARS Pays de la Loire.
- **2019-2021** : Nouvelles contributions aux rapports annuel de la CRSA pour interpellation de l'ARS visant à obtenir la réplique de la note de l'ARS IdF. Aucune réponse concrète pendant 2 ans.
- **Février 2021-Juin 2022** : Suite à l'absence de retours de l'ARS sur les contributions à la CRSA, interpellation directe de l'ARS pour la réplique de la note de l'ARS IdF, suivi de relances régulières.
- **Septembre 2022** : Création du groupe de travail pluri-acteurs « santé des MNA », à l'initiative du Dr Agnès MUET (CD44). Membres : PJJ, département, MdM, CLAT, CFPD, MSP Île-de-Nantes Ouest, associations gestionnaires pour l'accompagnement des MNA pris en charge par le CD44.
- **Avril 2023** : Courrier commun signé par tous les membres du groupe de travail est adressé à l'ARS.
- **Juillet 2023** : Note d'instruction ARS obtenue (24/07/2023). Document opposable utilisé systématiquement pour débloquer les situations.

**TÉMOIGNAGE.**

«Après avoir porté en vain la demande via une instance de démocratie sanitaire (la CRSA), nous avons interpellé et relancé directement l'ARS tous les six mois pendant deux ans. Et puis en septembre 2022, s'est créé ce groupe de travail. On a écrit un courrier commun en avril 2023. Et quelques mois après, on avait la note.»

— Coordinateur du programme.

**À RETENIR.**

Enseignement clé. L'interpellation individuelle, même répétée pendant des années, n'a pas produit de résultat. La constitution d'une coalition incluant des acteurs institutionnels (département, PJJ, CHU), acteurs du soin et associatifs a donné le poids et la légitimité nécessaires. La coalition s'est construite sur un intérêt commun.

FICHE D'ÉTUDE DE CAS**Note ARS sur les autorisations pour soins de mineurs**

Domaine	Accès au soins – Hôpital
Période	2017-2023 (aboutissement : 24 juillet 2023)
Problème initial	Blocages récurrents pour les soins nécessitant une autorisation parentale (anesthésie, chirurgie, examens invasifs). Les MNA n'ont pas de tuteur légal.
Acteurs impliqués	MdM, département, PJJ, CLAT, CFPD du CHU de Nantes, Maison de santé Île-de-Nantes-Ouest, ARS Pays de la Loire, associations gestionnaires pour le CD44.
Démarche adoptée	Phase 1 : contribution aux rapports annuels de la CRSA. Phase 2 : interpellation directe de l'ARS par MdM pendant 2 ans. Phase 3 : coalition pluri-acteurs avec courrier commun signé collectivement.
Résultat obtenu	Note d'instruction ARS sur la prise en charge sanitaire des MNA obtenue en 2023. Document opposable utilisé systématiquement pour débloquer les obstacles d'accès aux soins.
Facteurs de réussite	À <i>retenir</i> : multiplicité des actions convergentes. Coût politique de l'inaction (squats, jeunes à la rue). Rôle de coordination de MdM lors du rendez-vous décisif.

Cas n° 2 : Le dispositif d'hébergement Broussais

Contexte du problème. Avant 2018, les MNA en recours n'avaient aucune solution d'hébergement institutionnelle stable, mis à part le 115 qui est saturé de façon chronique et ne propose pas de solution sur la durée. Ils dormaient dans des squats gérés par des associations (Égide solidarité), chez des hébergeurs solidaires, ou à la rue. Cette précarité constituait un obstacle majeur à tout accompagnement en santé et mettait les jeunes en danger.

Construction progressive de la réponse. L'obtention des 40 places d'hébergement via le dispositif Broussais financé par la mairie de Nantes est le fruit d'une mobilisation multi-acteurs sur plusieurs années. Chaque acteur a joué un rôle complémentaire dans la visibilité du problème et le portage du plaidoyer :

Acteurs	Contributions
Égide solidarité	Ouverture et gestion de squats pendant des années, visibilisant le problème et assurant une mise à l'abri d'urgence.
Hébergeurs solidaires	Accueil de dizaines de jeunes dans des familles bénévoles, créant un réseau citoyen mobilisé et engagé.
Énergie collective	En novembre 2023, cette association organise la réquisition d'un bâtiment inoccupé et propriété de la mairie de Nantes pour loger les MNA à la rue. La mairie procède à l'expulsion du bâtiment dans les 24 heures qui suivent.
Médecins du Monde	Interpellation publique suite à l'expulsion (tweets, communiqué) et obtention d'un rendez-vous avec la maire de Nantes la semaine suivante, invitation des partenaires à cette rencontre.
Collectif MNA 44	Portage politique commun de la revendication, coordination des actions militantes.



TÉMOIGNAGE.

« Nous avons obtenu ce rendez-vous. Mais on l'a obtenu et on a eu des avancées parce qu'il y avait des associations qui géraient des squats depuis des années. C'est la multiplicité des initiatives qui convergeaient autour du même public qui a permis d'obtenir ces places. » — Coordinateur du programme.



À RETENIR.

Enseignement clé. L'interpellation individuelle, même répétée pendant des années, n'a pas produit de résultat. La constitution d'une coalition incluant des acteurs institutionnels (département, PJJ, CHU), acteurs du soin et associatifs a donné le poids et la légitimité nécessaires. La coalition s'est construite sur un intérêt commun.

FICHE D'ÉTUDE DE CAS

Dispositif d'hébergement Broussais

Domaine	Hébergement – Besoins fondamentaux
Période	Création du dispositif d'hébergement avec accompagnement social en 2018 puis évolution et ouverture du site de Broussais en 2022 – toujours en fonctionnement.
Problème initial	Absence de solution d'hébergement stable pour les MNA, dispositifs d'accueil citoyens saturés. Jeunes dormant à la rue, en squat, chez des hébergeurs solidaires.
Acteurs impliqués	MdM (interpellation, coordination), Égide solidarité (squats), hébergeurs solidaires (familles), Énergie collective (réquisition), Collectif MNA 44, mairie de Nantes (financement), ANEF-FERRER (opérateur gestionnaire).
Démarche adoptée	Convergence d'actions individuelles (squats, hébergement solidaire, interpellation) vers une revendication commune. Rencontre avec la maire de Nantes obtenue par MdM avec invitation des partenaires.
Résultat obtenu	35 places d'hébergement avec accompagnement social, financées par la mairie de Nantes, gérées par l'ANEF-FERRER. Places toujours pleines depuis l'ouverture et augmenté à 40 place début 2024.
Facteurs de réussite	À <i>retenir</i> : Multiplicité des actions convergentes. Coût politique de l'inaction (squats, jeunes à la rue). Rôle de coordination de MdM lors du rendez-vous décisif.

Cas n° 3 : L'accès à la domiciliation au CCAS

Contexte du problème. Pour accéder à l'AME (Aide médicale de l'État), les MNA non reconnus doivent disposer d'une adresse de domiciliation. Or fin 2015, le CCAS de Nantes refusait initialement de domicilier les MNA, considérant qu'ils se présentaient comme des mineurs sans tuteur légal et non émancipés. Ce blocage empêchait l'ouverture des droits à la santé.

Solution négociée. Un protocole dédié a été mis en place avec le CCAS. Ce protocole permet aux MNA d'obtenir une domiciliation à deux conditions : présenter une attestation de suivi MdM et être accompagnés par un membre de MdM. Ce protocole inclut également un passage à la permanence AME de la CPAM au sein du CCAS pour vérifier l'ouverture des droits.

Le protocole en pratique

1. Rendez-vous le mardi matin (créneaux pré-réservés pour MdM) et accompagnement collectif par MdM au CCAS.
2. Le-a jeune présente son attestation de suivi MdM (avec photo, identité, textes de loi).
3. Passage à la domiciliation, puis remise de l'attestation de domiciliation et de la carte de restauration Aurore.

4. Passage à la permanence AME de la CPAM (même lieu), puis mise à jour de l'adresse, vérification de l'état d'avancée des droits AME, retrait du numéro d'AME si disponible.



À RETENIR.

Enseignement clé. La solution pragmatique (protocole dédié) a permis de débloquent l'accès aux droits malgré un cadre juridique flou. L'articulation avec la permanence CPAM au sein du CCAS crée un parcours fluide. La limite : ce protocole rend Mdm indispensable et crée une filière unique, ce qui pose la question de la pérennité et de la transférabilité.

FICHE D'ÉTUDE DE CAS

Accès à la domiciliation au CCAS

Domaine	Accès aux droits – Domiciliation
Période	Négociation initiale – toujours en vigueur.
Problème initial	Le CCAS refusait initialement de domicilier les MNA (mineurs non émancipés et sans tuteur légal), ce qui bloquait l'accès à l'AME et donc aux soins.
Acteurs impliqués	Mdm (négociation, opérateur du protocole), CCAS de Nantes, CPAM (permanence AME délocalisée au CCAS).
Démarche adoptée	Négociation directe avec le CCAS. Création d'un protocole dérogatoire avec double condition : attestation de suivi Mdm et accompagnement physique par Mdm.
Résultat obtenu	Accès effectif à la domiciliation pour tous les MNA accompagnés par Mdm. Créneaux réservés le mardi matin. Articulation avec vérification des droits AME. Depuis avril 2025, ces activités ont été reprises par l'accueil de jour jeunes migrants de la mairie de Nantes.
Facteurs de réussite	Pragmatisme : solution fonctionnelle malgré le flou juridique. Création d'une attestation de suivi reconnue par le CCAS. Articulation avec la CPAM au sein du même lieu.

Synthèses des résultats obtenus

Tableau récapitulatif des avancées obtenues par domaine

Depuis son ouverture en 2016, le programme MNA de Mdm à Nantes a contribué à obtenir de nombreux résultats concrets. Le tableau page 87 synthétise les principales avancées par domaine d'intervention.

Les conditions de réussite observées

L'analyse transversale des cas de plaidoyer réussis permet d'identifier plusieurs facteurs récurrents de succès :

↓ **Avancées obtenues par domaine d'intervention**

Domaine	Résultats obtenus	Date/période
Accueil et évaluation (CD44)	Mise à l'abri systématique pendant l'évaluation dans le cadre du APU	Progressif
	Renforcement du « pôle santé » pendant l'évaluation avec entretien infirmier	Progressif
	Abandon des tests osseux	Depuis 2021
	Fin des évaluations suivies d'une notification de rejet le jour même de la présentation - instauration d'un temps de répit avant l'évaluation	Progressif
	Fin des nombreux appels du CD44 sur les décisions favorables du JDE	2023
Accès aux droits santé	Accès à la domiciliation au CCAS (protocole dérogatoire)	Depuis 2016
	Ouverture droits PUMa-CSS pendant le APU par le CD44 pour tous les MNA, reconnu·e·s ou non	De 2018 à 2024
	Ouverture de droits AME pour tous les MNA pendant le APU, qu'ils·elles soient reconnu·e·s ou non au terme de l'évaluation	Depuis 2024
Accès aux soins	Note de service du CHU sur les autorisations pour soins	2018
	Note d'instruction ARS sur les autorisations pour soins	2023
	Accès à l'interprétariat pour les médecins libéraux (note ARS/URML)	Déployé en 2019 avec URML et ARS
	Création dispositif santé mentale CESaME 44	Mars 2024
Besoins fondamentaux	40 places d'hébergement avec accompagnement social (Foyer Broussais)	Depuis 2018
	Gratuité des transports en commun (restaurant Aurore)	Depuis 2018
	Restaurant social (restaurant Aurore)	Depuis 2018
	Accès aux kits d'hygiène (restaurant Aurore)	Depuis 2018
	Accès au 115 (hébergement d'urgence)	Progressif mais blocages régulier liés à la minorité et saturation chronique
Coordination territoriale	Création du collectif MNA 44	Mars 2018
	Création du groupe de travail pluri-acteurs « santé des MNA »	Septembre 2022

**À RETENIR.****Facteurs de réussite du plaidoyer.**

- Construction de coalitions incluant des acteurs institutionnels.
- Identification d'intérêts communs : les partenaires doivent être concernés par le problème.
- Production de données documentées et structurées.
- Proposition de solutions opérationnelles clé en main (pas seulement des revendications).
- Présence d'un leader institutionnel porteur du sujet.
- Visibilité médiatique et capacité de communication.
- Pragmatisme : accepter des solutions imparfaites mais fonctionnelles.

Le cas de la note ARS illustre le temps nécessaire pour obtenir des changements. Ce délai n'est pas exceptionnel et doit être anticipé dans la stratégie de plaidoyer. Les équipes doivent maintenir le positionnement sur le long terme en gérant l'urgence quotidienne des situations individuelles tout en recueillant les données utiles au plaidoyer.

Des avancées réelles, mais une protection encore insuffisante

Le travail de plaidoyer mené autour des MNA en recours a permis d'obtenir des avancées concrètes, tant au niveau institutionnel que local. Le département de Loire-Atlantique a progressivement amélioré certaines pratiques (mise à l'abri effective, temps de répit, évaluations infirmières, ouverture des droits à l'AME, fiches de transmission), tandis que la ville de Nantes a renforcé sa réponse aux besoins de base (transports, accueil de jour, restauration, kits d'hygiène, domiciliation, dispositif d'hébergement et d'accompagnement).

Des progrès ont également été observés dans l'accès à la santé et aux soins : entretien infirmier lors de l'évaluation, meilleure ouverture des droits, diffusion de la note ARS sur les soins sans autorisation parentale, carnet « Parcours de santé » et structuration du parcours EPS.

Ces avancées restent toutefois fragiles, notamment avec le transfert prévu courant 2026 du programme MNA vers un acteur unique ne disposant pas, à ce stade, des moyens nécessaires pour assurer la continuité de l'ensemble des activités menées jusqu'à lors par Mdm. Un plaidoyer est en cours pour sécuriser ces dispositifs.

De plus, des blocages structurels majeurs persistent. Le cadre légal national reste peu protecteur pendant la phase de recours, celui-ci demeurant non suspensif, exposant les jeunes à des périodes prolongées sans protection effective et à une situation d'extrême précarité.

Par ailleurs, la réponse institutionnelle demeure inférieure aux besoins réels, avec des dispositifs quantitativement insuffisants, et repose encore largement sur la mobilisation citoyenne et associative. Le faible taux de reconnaissance de minorité au moment de l'évaluation (31 % en 2024), la durée particulièrement longue des recours en Loire-Atlantique et le faible taux de reconnaissance par la juge des enfants génèrent un fort découragement. Fin 2025, de nombreux jeunes quittent Nantes, épuisés par l'attente et l'absence de perspectives.

L'ensemble de ces éléments laisse encore nombre d'entre eux·elles dans des situations de grande vulnérabilité et de danger. Ils soulignent la nécessité de poursuivre et renforcer le plaidoyer, non seulement au niveau local, mais aussi au niveau national, afin d'obtenir un cadre légal réellement protecteur pendant toute la durée de la procédure de recours.

SÉCURISER

Les conditions de réussite de l'intervention

L'équipe au cœur du dispositif 90

La composition de l'équipe	90
Le recrutement des bénévoles	91
<i>Premier entretien téléphonique</i>	91
<i>Second entretien avec les responsables de mission et le coordinateur</i>	91
Les formations internes	92

Le cadre protecteur de l'équipe 93

Les briefings et débriefings	93
Le binôme systématique	93
L'analyse des pratiques	95
L'accompagnement psychologique	95

L'organisation du travail : des choix stratégiques pour sécuriser les équipes et les jeunes 95

Le constat initial : l'impasse de l'urgence permanente	95
Le choix structurant : cloisonner les activités pour mieux accompagner	96
Les principes d'organisation	97

Les outils au service de l'accompagnement des MNA 98

Les outils de suivi des parcours	98
<i>Le dossier patient informatisé (DPI)</i>	98
<i>Logiciel Sphinx de suivi de la file active</i>	98
Les outils d'accompagnement	99
<i>Les trames et fiches pratiques</i>	99
<i>Le système de coupons/guichet des demandes</i>	99
<i>Le carnet Parcours de santé</i>	99
<i>L'interprétariat professionnel par téléphone</i>	100

Synthèse : les fondamentaux de la sécurisation 100

Les sections précédentes ont présenté le positionnement et la mise en œuvre de l'intervention. Cette quatrième section aborde les conditions transversales qui permettent de sécuriser à la fois l'accompagnement des jeunes et les intervenants eux-mêmes.

Ces conditions ne sont pas des éléments périphériques : elles constituent des fondamentaux sans lesquels la qualité et la pérennité de l'intervention ne peuvent être garanties. L'expérience du programme a démontré que la qualité de l'accompagnement dépend directement de la qualité du cadre dans lequel évoluent les équipes – d'autant plus que celles-ci sont exposées à la souffrance de ces adolescent·e·s, sans toujours avoir les réponses à leur apporter, et font face à des risques psychosociaux importants.

L'équipe au cœur du dispositif

L'intervention de MdM repose sur une équipe mixte associant salarié·e·s et bénévoles. Cette complémentarité constitue une richesse mais nécessite une organisation rigoureuse pour garantir la cohérence et la qualité des pratiques.

La composition de l'équipe

Fonction	Rôle et missions
Coordinateur (1 ETP)	Pilotage du programme, gestion des équipes, relations partenariales institutionnels, portage des plaidoyers, représentation externe, animation de la réflexion stratégique.
Reponsable des activités médico-psycho-sociales (RAMPS, 1 ETP)	Supervision de la qualité des pratiques, coordination avec les partenaires opérationnels (CESaME 44, CES), accompagnements complexes, appui technique aux bénévoles, animation des temps collectifs.
Médiateur en santé (1 ETP)	Animation des permanences, entretiens individuels, accompagnements physiques, coordination des parcours de soins, lien avec les professionnel·le·s de santé, formation des bénévoles.
Bénévoles (1,7 ETP pour tous les bénévoles, y compris pairs et RM)	Participation aux permanences en binôme, entretiens individuels, accompagnements physiques, animation d'ateliers collectifs. Les bénévoles sont pleinement acteurs de l'intervention. Les bénévoles sont en grande majorité issus du milieu du soin (infirmières, médecins, psychologues) mais pas exclusivement.
Bénévoles pairs	Anciens ou actuels MNA formés qui participent à l'accueil des nouveaux, facilitent la communication interculturelle, partagent leur expérience du parcours.
Réponsables de mission	Cadres associatifs : animation de la vie associative, soutien et encadrement des bénévoles, Garants, des principes et des valeurs de MdM. Participent à la définition de la stratégie et au pilotage du programme avec le coordinateur.

**À RETENIR.**

Point clé pour la répliation. L'intervention nécessite une équipe salariée dédiée à 100 % au programme. Cette stabilité permet d'assurer la continuité, la coordination et la capitalisation des pratiques. Les bénévoles sont le socle de l'action de terrain de MdM et sont appuyé·e·s et encadré·e·s par les salarié·e·s et les RM.

Le recrutement des bénévoles

Le recrutement des bénévoles fait l'objet d'une attention particulière compte tenu de la spécificité du public et de l'impact affectif et émotionnel de l'intervention. Le processus se déroule en deux temps :

Premier entretien téléphonique

Ce premier contact vise à présenter la réalité du programme sans filtre. L'objectif est de permettre au·à la candidat·e de se projeter concrètement et de mesurer l'adéquation entre ses attentes et la réalité de l'intervention :

- Présentation du public MNA et de ses caractéristiques.
- Description concrète des programme et des activités.
- Évocation de l'impact émotionnel potentiel.
- Présentation des exigences d'engagement (régularité, posture).

**TÉMOIGNAGE.**

« On ne leur cache rien. On leur dit que c'est un public qui peut être difficile, que ça peut remuer, qu'il y a des histoires de vie lourdes. On préfère que les gens sachent à quoi s'attendre plutôt qu'ils découvrent et abandonnent. » — Responsable de mission.

Second entretien avec les responsables de mission et le coordinateur

Si l'entretien téléphonique est concluant, un second entretien est organisé avec les responsables de mission et le coordinateur. Il permet d'approfondir :

- Les motivations du·de la candidat·e et son parcours.
- Le cadre proposé par MdM (binôme, briefings/débriefings, DPI, analyse des pratiques, soutien psychologique).
- Les modalités concrètes d'engagement.
- Les valeurs de MdM et la posture attendue (charte de l'action humanitaire et charte des bénévoles Médecins du Monde).
- L'extrait de casier judiciaire (bulletin no 3 du casier judiciaire).

**TÉMOIGNAGE.**

« Ce qui nous intéresse, c'est de savoir si la personne va pouvoir tenir dans la durée. C'est pourquoi on insiste beaucoup sur le cadre qu'on propose. On ne les laisse pas seuls face aux situations difficiles. » — Responsable de mission.

Les formations internes

Tou·te·s les intervenant·e·s bénéficient de formations animées par des intervenant·e·s MdM ou par des partenaires experts qui garantissent une cohérence des pratiques et une montée en compétences progressive.

Fonction	Rôle et missions
Connaissance du public MNA	Parcours migratoires, dispositif de protection de l'enfance, procédure d'accès à l'ASE, accès aux soins, contexte local.
Valeurs MdM et posture	Définition de la santé et charte d'Ottawa de la promotion de la santé, non-substitution au droit commun, non-jugement, autonomisation.
Médiation en santé	Définition et cadre de référence HAS, posture, principes d'intervention. Co-animée par une médiatrice en santé salariée et un bénévole expérimenté.
Outils informatiques et DPI	Utilisation du dossier patient informatisé, traçabilité, confidentialité, bonnes pratiques.
Conduite d'entretien	Posture d'écoute, reformulation, recueil des besoins. Différence avec un entretien soignant classique.
Animation d'ateliers collectifs	Rôle et posture de l'animateur·rice, dynamique de groupe, techniques d'animation, outils disponibles.
Santé mentale et situations à risque	Repérage des signaux d'alerte, gestion des situations de crise, orientation, limites de l'intervention.
Recueil de données	Enjeux éthiques et juridiques du recueil de données : information des jeunes (finalités, usage, partage des données), consentement éclairé et droit au refus. Lien entre recueil de données, confiance et respect de l'autonomie. Également explication de l'importance du recueil de données utiles au plaidoyer.



TÉMOIGNAGE.

« L'entretien en médiation en santé, ce n'est pas un entretien médical. On n'est pas là pour interroger, pour diagnostiquer. On est là pour écouter, accompagner, orienter. Ça demande une posture différente. » — Responsable de mission.

Le cadre protecteur de l'équipe

L'accompagnement d'un public en grande vulnérabilité expose les intervenant·e·s à des situations émotionnellement difficiles. Le programme a progressivement construit un cadre protecteur qui permet aux équipes de s'engager durablement sans s'épuiser.



TÉMOIGNAGE.

« Ce qui remonte des bénévoles, c'est qu'à Mdm, ils ont un cadre sécurisant. Ils ne sont pas lâchés dans la nature. C'est ce qui fait qu'ils restent. » — Responsable de mission.

Les briefings et débriefings

Chaque permanence est encadrée par deux temps collectifs systématiques animés par un·e salarié·e présent·e avec les bénévoles tout au long de la permanence.

Le briefing (avant la permanence) :

- Tour de table : état d'esprit de chacun, disponibilité.
- Point sur les situations en cours et les rendez-vous prévus.
- Répartition des rôles et des espaces.
- Rappel des consignes sanitaires et de sécurité si nécessaire.

Le débriefing (après la permanence) :

- Tour de table : comment chacun·e a vécu la permanence.
- Partage des situations rencontrées et identification des situations nécessitant un suivi particulier.
- Mise à jour du DPI puis retours de l'équipe bénévole sur les outils et infos disponibles pour la conduite de l'activité.

À l'issue de la permanence, sur la base des éléments transmis, l'équipe salarié procède à la mise à jour du tableau de suivi des accompagnements et du logiciel de suivi de la file active.



TÉMOIGNAGE.

« Le débriefing, c'est le moment où on peut déposer. On ne rentre pas chez soi avec des choses qui tournent dans la tête. On a un espace pour en parler, pour demander un avis, pour passer le relais si c'est trop lourd. » — Bénévole Mdm.



À RETENIR.

Point clé pour la réplique. Les briefings et débriefings ne sont pas optionnels. Ils constituent un rituel essentiel qui structure l'intervention et protège les équipes. Leur durée doit être préservée même en cas de forte affluence.

Le binôme systématique

Le principe du binôme est appliqué de manière systématique pour tous les temps d'intervention, (sauf pour les accompagnements vers les soins). Ces binômes sont constitués selon l'expérience des bénévoles (nouveau ou expérimenté) et leur profil (soignant ou non et en privilégiant la pluridisciplinarité).

Situation	Application du binôme
Permanences	Lors des premières permanences, les binômes sont constitués d'un·e nouveau·elle bénévole et d'un·e bénévole expérimenté·e, dans une logique de compagnonnage. Le·a nouveau·elle bénévole prend progressivement sa place sur plusieurs permanences pour gagner en autonomie.
Entretiens individuels	Toujours menés en binôme (deux bénévoles ou un·e bénévole avec un·e salarié·e) et en favorisant la pluridisciplinarité. Recours à l'interprétariat téléphonique selon les besoins.
Accompagnements vers les soins	L'accompagnement est la seule activité où le·a bénévole est seul avec un·e jeune, dans une relation duelle. Après un briefing sur les principes et la posture de médiation en santé, le·a nouveau·elle bénévole observe d'abord un accompagnement réalisé par un·e bénévole expérimenté, puis peut ensuite réaliser seul·e ses accompagnements. L'équipe salariée reste disponible pour un appui en cas de besoin et assure un débriefing systématique.
Ateliers collectifs de promotion de la santé	Toujours au moins deux animateur·rice·s : si l'un·e doit gérer une situation particulière (émotion d'un·e jeune, urgence), l'autre peut continuer l'animation. Lorsque les ateliers sont animés par un partenaire extérieur (Solipsy, Planning familial, CES...), un·e bénévole MdM est toujours présent·e en tant que facilitateur·rice : reformulation, vérification que le groupe avance ensemble, respect des règles fixées avec et par le groupe en début d'atelier.



VIGILANCE.

L'accompagnement individuel vers les soins est identifié comme le moment le plus difficile pour les bénévoles : temps long, face-à-face avec le·a jeune, barrière de la langue, difficulté de remettre le·a jeune à la rue après le rendez-vous. Le binôme et l'interprétariat sont des protections indispensables.

Le programme veille à faire tourner les binômes pour éviter la création de liens exclusifs entre un·e jeune et un·e bénévole. Le principe est que le·a jeune s'adresse à l'équipe MdM et pas à un membre de l'équipe exclusivement. Cette rotation répond à plusieurs objectifs :

- Éviter la dépendance affective du·de la jeune envers un·e seul·e intervenant·e.
- Partager la charge émotionnelle entre plusieurs personnes.
- Assurer la continuité en cas d'absence.
- Multiplier les regards sur une même situation.



TÉMOIGNAGE.

« Au début, on a tendance à vouloir suivre un jeune. Mais ce n'est pas sain, ni pour lui ni pour nous. La rotation, ça permet de se protéger et de garantir que le jeune sera toujours accompagné, même si on n'est pas là. » — Bénévole MdM.

L'analyse des pratiques

Des séances d'analyse des pratiques réunissant bénévoles et salarié·e·s sont organisées tous les deux mois, en alternance avec des réunions d'équipe. Ces temps sont animés par un·e intervenant·e extérieur·e et offrent un cadre sécurisant pour :

- Déposer les situations difficiles rencontrées.
- Partager les bonnes pratiques et les questionnements.
- Retravailler la posture de médiation.
- Prendre du recul sur son engagement.
- Identifier les besoins de formation ou de soutien.



TÉMOIGNAGE.

« L'analyse des pratiques, c'est un espace où on peut dire qu'on a été en difficulté, qu'on ne savait pas quoi faire, qu'on a peut-être fait une erreur. Sans jugement. C'est précieux. » — Bénévole MdM.

L'accompagnement psychologique

L'association MdM propose un dispositif de soutien psychologique à l'ensemble des intervenant·e·s qui ressentent et expriment un besoin en lien avec leur activité pour l'association. Il peut prendre plusieurs formes :

- Entretiens individuels avec un·e psychologue (4 séances par an renouvelable si besoin).
- Temps de régulation collective en cas de situation particulièrement difficile.
- Orientation vers des ressources externes si nécessaire.

Ce dispositif est présenté dès le recrutement comme faisant partie intégrante du cadre proposé. L'objectif est de déstigmatiser le recours au soutien psychologique et de le normaliser comme un outil de prévention.

L'organisation du travail : des choix stratégiques pour sécuriser les équipes et les jeunes

L'accompagnement des MNA s'inscrit dans un temps long : les procédures de recours durent plusieurs mois, les parcours de soins nécessitent un suivi régulier, et la construction de l'autonomie des jeunes demande de la constance. Pour être en mesure d'accompagner convenablement sur cette durée, l'équipe doit elle-même pouvoir s'inscrire dans une organisation soutenable.

L'organisation actuelle du travail est le fruit d'un apprentissage progressif. Elle illustre la manière dont le programme est passé d'une logique de réponse immédiate, génératrice de stress et d'épuisement, à une structuration qui permet d'intervenir dans de bonnes conditions et sur le long terme.

Le constat initial : l'impasse de l'urgence permanente

Face aux besoins massifs identifiés dans les premières années, l'équipe a d'abord fonctionné dans une logique d'urgence permanente. Les jeunes sollicitaient l'équipe du programme en dehors des horaires définis, et les équipes menaient simultanément accueil collectif et entretiens individuels dans les mêmes espaces, avec beaucoup de situation urgentes à gérer en lien avec la situation des jeunes qui se trouvaient à la rue après une notification de rejet de minorité.

**TÉMOIGNAGE.**

« C'était ouvert, on faisait un peu tout en même temps. Collectif, individuel et des passages. Il y avait un brouhaha... » — Responsable de mission.

Cette organisation, bien qu'animée par la volonté de répondre au plus vite, n'était pas tenable. Les entretiens individuels étaient constamment interrompus, les jeunes ne bénéficiaient pas d'une attention pleine et entière, et l'équipe s'épuisait à gérer le flux sans jamais pouvoir approfondir. À terme, cette dynamique menaçait la capacité même du programme à poursuivre son action.

Le choix structurant : cloisonner les activités pour mieux accompagner

Pour sortir de cette impasse, l'équipe a acté le fait de sortir les entretiens individuels sur RDV des permanences d'accueil collectif. À partir de ce moment, les permanences d'accueil collectif ont été conservées les lundi et mardi après-midi tandis que des permanences pour des entretiens individuels sur RDV ont été créées les mardi et vendredi matin. Cette organisation permettait notamment de proposer rapidement des entretiens d'accueil aux nouveaux jeunes se présentant les lundi et jeudi pendant les permanences d'accueil collectif.

Ainsi, pendant les temps d'accueil collectif :

- Les jeunes déjà suivis par le programme peuvent exprimer un besoin et obtenir la réponse soit immédiatement (petites demandes), soit lors d'un entretien individuel sur RDV.
- Les nouveaux jeunes sont accueillis par un·e MNA qui connaît déjà MdM (usager·e ou bénévole pair) qui lui présente MdM et son action puis est reçu en entretien de pré-accueil par un·e bénévole adulte. Il est ensuite orienté pour la réponse aux besoins fondamentaux ou pour des soins si sa problématique de santé relève d'une urgence. Un entretien d'accueil lui est proposé dans les jours qui suivent (si possible le lendemain matin) pour un échange approfondi.

Cette organisation a permis de garantir une réponse rapide de qualité adaptée à chaque situation sans que l'équipe ne soit débordée.

Ce décalage, même court, change la nature de l'accompagnement :

- Les jeunes qui se présentent pour la première fois à MdM obtiennent des réponses immédiates à leurs questions relatives aux besoins fondamentaux et aux soins.
- Le·a jeune est reçu dans un temps qui lui est entièrement consacré lors d'un entretien individuel sur RDV, avec une équipe préparée et disponible.
- L'intervenant·e peut consulter le dossier en amont, mobiliser les bonnes compétences et offrir une écoute de qualité.
- Les permanences collectives retrouvent leur fonction première : une porte d'entrée sur le programme, un espace sécurisant, de convivialité, de socialisation et d'information, sans être parasités par des entretiens improvisés.

**TÉMOIGNAGE.**

« Le fait d'avoir redéfini des zones d'intervention [...] et d'avoir apaisé le lieu d'accueil a fait que cette convivialité a pu réellement s'incarner. » — Responsable de mission MdM.

Les principes d'organisation

Cette structuration repose sur plusieurs principes complémentaires.

Principe	Mise en œuvre
Séparation temporelle	Permanences collectives et entretiens individuels idéalement sur des jours séparés et consécutifs. Cette alternance crée un rythme prévisible pour les jeunes comme pour l'équipe.
Séparation spatiale	Entretiens à l'étage dans des salles fermées, accueil collectif au rez-de-chaussée. Chaque espace a sa fonction et son ambiance propres.
Ritualisation	Mot d'accueil en début de permanence, briefing et débriefing systématiques avec l'équipe bénévole. Ces rituels structurent le temps et créent des repères pour tous.
Capacité de réponse rapide	Des créneaux d'entretien en nombre suffisant pour proposer un rendez-vous sous 24 à 48 heures aux nouveaux et selon les besoins pour les jeunes déjà suivis. Différer ne signifie pas faire attendre des semaines.

En structurant le travail de manière soutenable, le programme s'est donné les moyens d'accompagner les jeunes dans la durée, avec des équipes qui ne s'épuisent pas et des pratiques qui peuvent se capitaliser et s'améliorer au fil du temps.



À RETENIR.

Point clé pour la répliation. L'organisation du travail n'est pas un aspect secondaire : c'est une condition de la capacité à intervenir convenablement dans la durée. Résister à la pression de l'urgence permanente, accepter de différer ce qui peut l'être pour mieux répondre, dimensionner l'organisation en fonction de ce qui est soutenable – ces choix déterminent la pérennité et la qualité de l'intervention.

Les outils au service de l'accompagnement des MNA

L'intervention s'appuie sur un ensemble d'outils qui permettent de structurer les pratiques, d'assurer la continuité des parcours et de produire les données nécessaires au suivi et au plaidoyer.

Les outils de suivi des parcours

Le dossier patient informatisé (DPI)

Le DPI est un outil interne à MdM, il centralise l'ensemble des informations relatives à chaque jeune accompagné. Il constitue la mémoire du parcours et permet d'assurer la continuité de l'accompagnement malgré la multiplicité des intervenants (bénévoles, salariés, partenaires). C'est également un outil de recueil de données qui alimente le plaidoyer : les informations agrégées permettent de documenter les réalités du terrain, d'objectiver les constats et de porter des revendications étayées auprès des institutions.

Principe	Mise en œuvre
Informations générales	Identité, coordonnées, hébergement, situation administrative.
Droits ouverts	AME, domiciliation, dates d'échéance.
Parcours d'accès à l'ASE	Mise à l'abri dans le cadre de l'APU dès la présentation du jeune au CD44, temps de répit, entretien infirmier, ouverture de droits à la santé, perception de la qualité de l'entretien d'évaluation, auto-évaluation de la santé perçue par le·a jeune (santé globale, somatique et mentale).
Parcours de soins	Consultations, orientations, médecin généraliste traitements en cours, suivis spécialisés.
Chronologie du suivi	Notes de suivi datées, comptes-rendus d'accompagnement, transmissions.
Archivage	Enregistrement des documents importants et utiles au suivi (notification de rejet, attestation de suivi, attestation de domiciliation, carte AME, comptes-rendus médicaux...).

Logiciel Sphinx de suivi de la file active

Complémentaire au DPI et plus quantitatif, le logiciel Sphinx permet de visualiser l'avancement des parcours individuels de l'ensemble de la file active et de produire les données quantitatives nécessaires au suivi d'activité et au plaidoyer :

- Nombre de jeunes accompagnés et suivi de la file active (entrées/sorties).
- État des droits et échéances (domiciliation et AME).
- Étapes dans le parcours de soin (médecin généraliste, parcours de prévention).
- Problématiques de santé et orientations médicales réalisées.
- Situation globale du jeune (type d'hébergement, scolarisation).

Les outils d'accompagnement

Les trames et fiches pratiques

Des documents standardisés guident les pratiques et facilitent l'accompagnement :

Outil	Usage
Trame d'entretien de pré-accueil	Identité de la personne, numéro de téléphone, besoins fondamentaux et problématiques de santé exprimés.
Trame d'entretien d'accueil santé	Guide de premier entretien : informations à recueillir, présentation du programme, évaluation des besoins, orientations réalisées et suivi à prévoir.
Pochette et fiche accompagnement	« Pochette accompagnement » remise au bénévole incluant la fiche pratique, des documents sur les droits des MNA en recours, le livret sur l'interprétariat...
Courrier d'orientation médecin généraliste	Document standardisé remis au médecin généraliste lors du premier rendez-vous : présentation du programme, cadre d'intervention, coordonnées.
Mémos et protocoles	Fiches synthétiques sur les démarches des jeunes : dossier AME, appel au 115, fragilités en santé mentale, troubles du comportement, arbre décisionnel en santé...

Le système de coupons/guichet des demandes

Lors des permanences collectives, un système de coupons permet d'organiser le recueil des demandes :

- Chaque jeune peut exprimer une demande sur un coupon (avec aide au remplissage si nécessaire). Le remplissage du coupon est souhaité mais pas obligatoire.
- Les demandes sont triées et priorisées par l'équipe pendant la permanence et traitées au fur et à mesure.
- Réponse immédiates aux « petites demandes » (lecture de courrier, prise de RDV, déblocage de situation simples...). Les rendez-vous individuels sont décidés et planifiés en fonction des demandes exprimées.
- Ce système permet de canaliser le flux et de ne pas oublier de demandes.
- C'est également un outil de suivi pour l'équipe : il permet de connaître le nombre de passages lors des permanences et de comptabiliser les passages avec ou sans demande.

Le carnet Parcours de santé

Un carnet de santé simplifié adapté aux personnes en situation de migration a été développé par l'ARS. Il permet au jeune de garder une trace de son parcours de soins et de ses droits ouverts. Ce carnet est remis au jeune au moment de l'orientation vers le médecin généraliste et il en reste propriétaire.

L'interprétariat professionnel par téléphone

L'interprétariat professionnel est un outil indispensable de l'intervention. Le programme travaille avec un service d'interprétariat professionnel par téléphone prévu dans le budget de MdM qui permet de mobiliser rapidement un grand nombre de langues différentes.

Pour les professionnel·le·s de santé, à la suite d'un plaidoyer porté par la délégation Pays de la Loire de MdM et l'URML, un dispositif d'accès à l'interprétariat professionnel pas téléphone est en place depuis 2019 et financé par l'ARS. Les praticien·e·s sont informé·e·s de la possibilité de recourir à ce service pour leurs consultations avec les jeunes orientés par MdM. D'abord accessible aux seuls médecins libéraux, il est désormais disponible pour les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les infirmier·e·s libéraux·ales, les sage-femmes et les orthophonistes¹⁶.

Synthèse : les fondamentaux de la sécurisation

L'expérience du programme permet d'identifier plusieurs éléments fondamentaux pour garantir la qualité et la pérennité de l'intervention :



À RETENIR.

Les fondamentaux de la sécurisation.

- **Une équipe salariée 100 % dédiée.** Assurer la stabilité, la coordination et la capitalisation des pratiques.
- **Un recrutement transparent.** Présenter la réalité sans filtre pour garantir l'adéquation des profils.
- **Des formations continues.** Garantir la cohérence des pratiques et la montée en compétences.
- **Le binôme systématique.** Protéger les intervenants et assurer la qualité de l'accompagnement.
- **Les briefings et débriefings.** Encadrer chaque temps d'intervention et permettre le dépôt.
- **L'analyse des pratiques.** Offrir un espace de prise de recul et d'amélioration continue.
- **Le soutien psychologique.** Prévenir l'épuisement et accompagner les situations difficiles.
- **Une organisation du travail soutenable.** Structurer le temps et l'espace pour permettre d'intervenir dans la durée sans s'épuiser.
- **Des outils adaptés.** Structurer les pratiques, assurer la continuité, produire les données.

*

Cette partie a présenté les conditions transversales qui permettent de sécuriser l'intervention : l'équipe, le cadre protecteur, l'organisation du temps de travail et les outils. Ces éléments ne sont pas des options mais des fondamentaux sans lesquels la qualité et la pérennité de l'intervention ne peuvent être garanties. L'expérience du programme démontre que la qualité de l'accompagnement proposé dépend directement de la qualité du cadre dans lequel évoluent les équipes. Investir dans la sécurisation des intervenant·e·s, c'est investir dans la qualité de l'accompagnement des jeunes.

*

¹⁶ Le service d'interprétariat pour les services de santé dans le Pays-de-la-Loire est présenté dans ce document en ligne : <https://urml-paysdelaloire.org/wp-content/uploads/2024/05/Interpretariat-Communication-regionale-structures-coordinations-VF.pdf>

ANNEXES

Ce rapport de capitalisation est complété par un ensemble de 13 annexes qui ont été conçues pour répondre à des usages différents et complémentaires. Elles sont organisées en trois catégories : **A – Cadrage et méthodologie ; B – Fiches descriptives des activités ; C – Fiches thématiques.**

A.1 – Méthodologie de capitalisation 102

**A.2 – Arbre à problème du programme
MNA de MdM à Nantes 109**

**B.1 – Fiche d'activité : les permanences
d'accueil collectif 110**

**B.2 – Fiche d'activité : les entretiens
individuels sur rendez-vous 118**

**B.3 – Fiche d'activité : les
accompagnements physiques 128**

**B.4 – Fiche d'activité : les ateliers
collectifs 133**

**B.5 – Fiche d'activité : les entretiens
d'écoute et d'orientation en santé
mentale (EEO) 143**

**B.6 – Fiche d'activité : l'examen de
prévention en santé (EPS) 153**

B.7 – Fiche d'activité : la pair-aidance 163

**C.1 – Fiche thématique : la posture
dans l'accompagnement des MNA 172**

**C.2 – Fiche thématique : la
coordination du parcours d'accès à la
santé, aux droits et aux soins 180**

**C.3 – Fiche thématique : la médiation
en santé auprès des professionnel·le·s
de santé 186**

**C.4 – Fiche thématique :
l'accompagnement vers l'autonomie
en santé des MNA 196**

A.1 - Méthodologie de capitalisation

Capitalisation du programme MNA – Médecins du Monde Nantes (2016-2026)

Approche méthodologique

La capitalisation a adopté une approche qualitative et compréhensive, centrée sur l'expérience vécue par les acteurs du programme : salarié·es, bénévoles adultes et bénévoles pairs, jeunes accompagnés, partenaires médico-sociaux et institutions locales. Elle vise à reconstituer le fonctionnement réel du dispositif, à comprendre les conditions d'émergence et d'adaptation des activités et des pratiques ainsi qu'à formaliser les savoirs produits sur le terrain.

Le travail de capitalisation s'est construit autour de trois méthodes complémentaires :

1. **Analyse documentaire** : revue approfondie des documents depuis 2016.
2. **Entretiens individuels** : 28 entretiens semi-directifs.
3. **Ateliers collectifs** : 2 ateliers et observations de terrain.

Documents analysés

Une revue documentaire approfondie a été réalisée, couvrant l'ensemble des documents produits par le programme depuis 2016.

Catégorie	Documents analysés
Documents stratégiques et de projet	Notes de cadrage du programme MNA • Document de projet MNA Nantes (mars 2024) • Document de référent du programme MDS Nantes 2016-2020 • Plan stratégique MdM 2023-2027 • Stratégie France 2020-2025.
Rapports d'activités	Rapports d'activités annuels (2016-2024) • Bilans quantitatifs et qualitatifs.
Documents opérationnels et outils	Guide du bénévole MNA Nantes • Mémos thématiques (AME, domiciliation, orientation MG...) • Trames d'entretien et protocoles d'accompagnement • Charte bénévole pair et formation pair-aidance • Fiches descriptives des activités.
Documents de référence externes	Référentiel HAS sur la médiation en santé (2017, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf) • Guide pratique MdM – Accès aux droits et soins des MNA (https://jeunes-en-errance.cemea.asso.fr/IMG/pdf/medecins_du_monde_acces_aux_soins_des_mna_2024.pdf) • Avis HCSP – Bilan de santé MNA (2019, https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=753) • Guide DGCS – Première évaluation des besoins en santé (2021, https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-07/guide_premiere_evaluation_besoins_sante.pdf) • Constats et recommandations MNA MdM (2021).

Entretiens réalisés

Ce rapport n'aurait pas été possible sans la participation active de nombreuses personnes qui ont accepté de partager leur expérience. Nous les remercions chaleureusement.

Catégorie	Personnes rencontrées
Jeunes accompagné·e·s (7 personnes)	D., G., K., A., K., M., M. (initiales modifiées pour garantir l'anonymat)
Équipe MdM salariée (3 personnes)	Mathieu Quinette (coordinateur), Catherine Oliviero (responsable des activités MPS), Juliette Naud (médiatrice en santé)
Ancien·nes bénévoles (3 personnes)	William Tessier (psychologue), Christine Lecorvec, Dominique Martin (psychologue et ancienne RM du programme)
Bénévoles actuel·les (4 personnes)	Mireille Zacharow et Marie-Sophie Destandau (responsables de mission), Marie-Pierre Barbier et Maria Liet (infirmières)
Associations – Collectif MNA 44 (4 personnes)	Maité Cosnard (Hébergeurs solidaires), Christine Bernazeau (LDH), Dominique Lemoine (RESF), Firas Djaber (École HLM)
Associations professionnelles (6 personnes)	Isabelle Le Sommer et Adeline Vincens (ANEF-FERRER), Yvonne Thobie (cheffe de service CESaME 44), Hélène Legras (infirmière CESaME 44), Jill Carillo (psychologue CESaME 44), Samuel Poirier (responsable des actions sur Nantes Métropole CEMEA Pays de la Loire – Espace TAMO)
Partenaires santé (2 personnes)	Dr Faustine Vuailat (MG libéral), Juliette Safatly (CPAM – CES)
Institutions (3 personnes)	Xavier Sanson (mairie Nantes – direction Santé publique), Kaja Skowronska (mairie de Nantes – direction Inclusion sociale), Émilie Suaud (conseil départemental 44 – cheffe du service Accompagnement et prévention)

Ateliers collectifs et observations terrain

Deux ateliers ont été organisés avec l'équipe MdM :

- Atelier de lancement : pour reconstruire ensemble l'histoire du programme, identifier les moments clés et les apprentissages.
- Atelier postures et médiation (méthode « world café ») : pour explorer les pratiques d'accompagnement, le lien avec les jeunes, la médiation en santé auprès des professionnel·le·s de santé.

Des observations de terrain ont également été réalisées pendant des permanences d'accueil et des accompagnements individuels vers les soins.

Synthèse des grilles d'entretien

Les entretiens semi-directifs ont été menés à partir de grilles adaptées à chaque catégorie d'acteurs. Cette section présente les éléments structurants communs à toutes les grilles, puis les spécificités thématiques par catégorie.

Tronc commun à tous les entretiens

Tous les entretiens s'ouvraient par une introduction présentant le cadre de confidentialité, les objectifs de la capitalisation et la demande d'autorisation d'enregistrement. Les thématiques transversales explorées étaient :

Thématique	Questions types
Connaissance du programme	Depuis quand connaissez-vous MdM ? Dans quel cadre s'est faite la première collaboration ? Quel est votre rôle ?
Perception de la posture MdM	Comment décririez-vous la posture de MdM ? Qu'avez-vous observé dans leur manière de faire ?
Coordination et partenariat	Comment s'organisait la coordination ? Quels aspects ont bien fonctionné ? Quelles difficultés ?
Place dans l'écosystème	Comment situez-vous MdM dans le paysage nantais ? Quelles fonctions remplissaient-ils que d'autres ne pouvaient pas assumer ?
Plaidoyer	Avez-vous participé ou entendu parler des actions de plaidoyer ? Quels effets concrets avez-vous observés ?
Enseignements et perspectives	Que reprenez-vous de cette collaboration ? Quels éléments devraient être transmis ?

Spécificités par catégorie d'acteurs

Jeunes accompagné·e·s (MNA)

Objectif : Recueillir l'expérience vécue du parcours à MdM, les éléments les plus aidants, la construction progressive de l'autonomie et les difficultés rencontrées.

- Parcours d'accès aux soins avant MdM (obstacles, tentatives).
- Premier contact et accueil (avec ou sans rendez-vous, première impression).
- Ce que MdM a apporté (confiance, santé, informations, autonomie).
- Définition personnelle de l'autonomie et exemples concrets.
- Outils utilisés (carnet de santé, documents, affiches).
- Accompagnement physique aux rendez-vous médicaux.
- Participation aux ateliers et activités collectives.
- Questions spécifiques pour les filles (activités adaptées, besoins particuliers).

Bénévoles pairs/Ancien·nes bénéficiaires

Objectif: Comprendre le parcours d'engagement, les pratiques de pair-aidance, les effets du rôle et les conditions de réussite.

- Parcours en tant que bénéficiaire (avant de devenir bénévole pair).
- Passage du rôle de bénéficiaire à bénévole pair (proposition, motivation, doutes, préparation).
- Compréhension du rôle de bénévole pair.
- Activités et responsabilités concrètes (accueil, traduction, accompagnement, écoute).
- Outils et moyens utilisés (carnet santé, WhatsApp, fiches).
- Relation avec les autres jeunes et l'équipe MdM.
- Formations et accompagnement reçus.
- Effets personnels du rôle (confiance, autonomie, compétences, projet professionnel).
- Conseils pour d'autres jeunes et organisations souhaitant créer un rôle de pair.

Équipe MdM salariée

Objectif: Décrire la mise en œuvre de la médiation en santé, les innovations, la gestion d'équipe, l'adaptation aux déterminants de santé et le rôle dans le plaidoyer.

- Description détaillée du schéma d'accompagnement (pour chaque étape : description, RH, ressources, coordination, défis).
- Critères d'évaluation et de priorisation des situations.
- Définition de l'autonomie et critères de fin d'accompagnement.
- Articulation entre les différentes activités de MdM.
- Évolutions majeures du programme sur 10 ans et décisions difficiles.
- Mise en place de la pair-aidance (origine, conditions, difficultés, ressources).
- Mise en place de l'espace MPS (origine, conditions, difficultés, ressources).
- Gestion d'équipe et accompagnement des ressources humaines.
- Adaptation aux déterminants de santé (arbre à problèmes, profils spécifiques, besoins des filles).
- Gestion des données et actions de plaidoyer.
- Éléments indispensables de l'écosystème de réponse.

Bénévoles MdM

Objectif: Explorer les pratiques, les outils, les évolutions, la gestion des données et la perception de l'écosystème.

- Description d'une activité type (permanence, rendez-vous, accompagnement).
- Coordination avec d'autres membres MdM et associations.
- Outils utilisés (DPI, carnet santé) – points forts et faibles.
- Évolution des pratiques personnelles et du projet.
- Focus thématiques : groupe fille (émergence, fonctionnement, effets, arrêt).
- Focus thématiques : santé mentale (besoins, activités, parcours, défis, bonnes pratiques).
- Accompagnement reçu (formations, ADP, supervision).
- Collecte de données et participation au plaidoyer.

Partenaires santé

Objectif: Comprendre la place de MdM dans le parcours de soin, les apports de la médiation santé, la collaboration interprofessionnelle et les perspectives après fermeture.

- Organisation concrète de la coordination (échanges d'informations, préparation RDV, accompagnements physiques).
- Exemples concrets de cas suivis en collaboration.
- Gestion de la confidentialité des informations.
- Pratiques facilitant le lien avec les jeunes (interprétariat, bénévoles pairs, carnet santé, accompagnement binôme).
- Perception du rôle de « passeur » de MdM.
- Barrières levées par MdM (peur, méfiance, langue, compréhension du système).
- Outils reçus et leur utilité (courriers, fiches santé, carnet de suivi).
- Focus: approche santé mentale (besoins spécifiques, adaptation de la réponse, coordination santé mentale/psychosocial).
- Acteurs pouvant reprendre le rôle de MdM et conditions nécessaires.

Partenaires sociaux

Objectif: Comprendre les formes de coordination, l'effet des pratiques de MdM sur la fluidité des parcours, les leviers et difficultés de la collaboration, et la perception du plaidoyer local.

- Nature de la relation de travail avec MdM.
- Organisation concrète de la coordination (orientations, accompagnements partagés, réunions, relais).
- Exemples de bonnes coopérations et de difficultés.
- Outils produits par MdM et leur utilité pour les relais.
- Éléments de posture MdM inspirants pour les pratiques.
- Place de MdM dans le réseau (ressource, relais, facilitateur, partenaire plaidoyer).
- Adaptation de l'écosystème aux filles MNA.
- Participation aux collectifs de plaidoyer et valeur ajoutée de MdM.
- Changements concrets liés aux actions collectives.

Institutions/Collectivités

Objectif: Recueillir la perception des institutions territoriales sur la contribution de MdM, les formes de coordination, les effets du plaidoyer et les conditions de continuité.

- Principaux apports du programme dans l'écosystème nantais.
- Valeurs ajoutées de la manière de travailler de MdM (souplesse, réactivité, posture de médiation en santé).
- Évaluation de la réponse locale (forces et difficultés).
- Rôle de MdM dans l'architecture territoriale (interface, coordination, innovation, relais santé).
- Fonctions risquant de manquer après fermeture.
- Conditions de maintien de la continuité.
- Effets du plaidoyer sur les pratiques institutionnelles.

Questions ciblées par institution :

- Conseil départemental : tensions autour du statut des MNA en recours, contribution à la remontée de données, dialogue protection de l'enfance/santé publique.
- Mairie de Nantes/direction Inclusion sociale : coordination de l'accueil de jour, cohérence des parcours, continuité après retrait.
- Mairie de Nantes/direction Santé publique : place dans le parcours santé, approche médiation santé, barrières structurelles levées, transfert de missions.

Termes de référence des ateliers collectifs**Atelier de lancement – Reconstruction de l'historique**

Date	30 octobre 2025
Durée	2 heures (18 h 30 – 20 h 30)
Participants	Équipe salariée et bénévole (actuel·le·s et ancien·ne·s) du programme MNA
Format	Hybride (présentiel et distanciel)

Objectifs :

1. Favoriser la mise en place d'une relation de confiance, libre de jugements.
2. Assurer une compréhension commune sur la définition de « capitalisation », ses éléments principaux et sa mise en place.
3. Reconstruire l'historique du projet pour identifier les étapes et moments clés, là où les apprentissages sont les plus présents.

Déroulé :

Horaire	Étapes	Contenu
18 h 30 - 18 h 50	Accueil et présentation	Présentation des participant·e·s, de leur rôle et temps de collaboration.
18 h 50 - 19 h	Présentation de la journée	Objectifs de l'atelier en PowerPoint.
19 h - 19 h 30	C'est quoi capitaliser ?	Brainstorming, présentation PPT, Q/R, réflexion individuelle sur les priorités.
19 h 30 - 20 h 15	Ligne du temps	Reconstruction collective de l'historique avec post-it colorés (réussites, tournants, difficultés, innovations).
20 h 15 - 20 h 30	Clôture	Retour à la réflexion individuelle, identification des priorités pour la suite.

Atelier bénévoles – Méthode « world café »

Durée	3 heures (14 h – 17 h)
Participants	8 à 10 bénévoles du programme MNA
Méthode	« World café » : discussion en petits groupes avec rotation entre 3 tables thématiques

Objectifs :

- Valoriser les savoir-faire et savoir-être des bénévoles dans l'accompagnement médico-psycho-social.
- Identifier les repères d'autonomie des jeunes dans leur rapport à la santé.
- Faire émerger la « recette MdM » dans la création de lien et la posture d'accompagnement.
- Recueillir des recommandations à destination des partenaires pour adapter leurs pratiques.

Les 3 tables thématiques :

- **Table 1, l'autonomie :** Quand considère-t-on qu'un·e jeune est autonome dans sa relation à la santé? Critères d'analyse de l'autonomie. À partir de quel moment l'accompagnement n'est-il plus nécessaire ?
- **Table 2, la recette secrète du lien :** Quelle est la « recette » de MdM dans la création du lien avec les jeunes? Ingrédients (valeurs, postures), étapes de préparation, temporalité, astuces personnelles.
- **Table 3, posture des partenaires :** Quels conseils pour que les acteurs du soin adaptent leur posture aux spécificités du public MNA? Attentes envers les partenaires, besoins des jeunes, leviers concrets, 3 conseils essentiels.

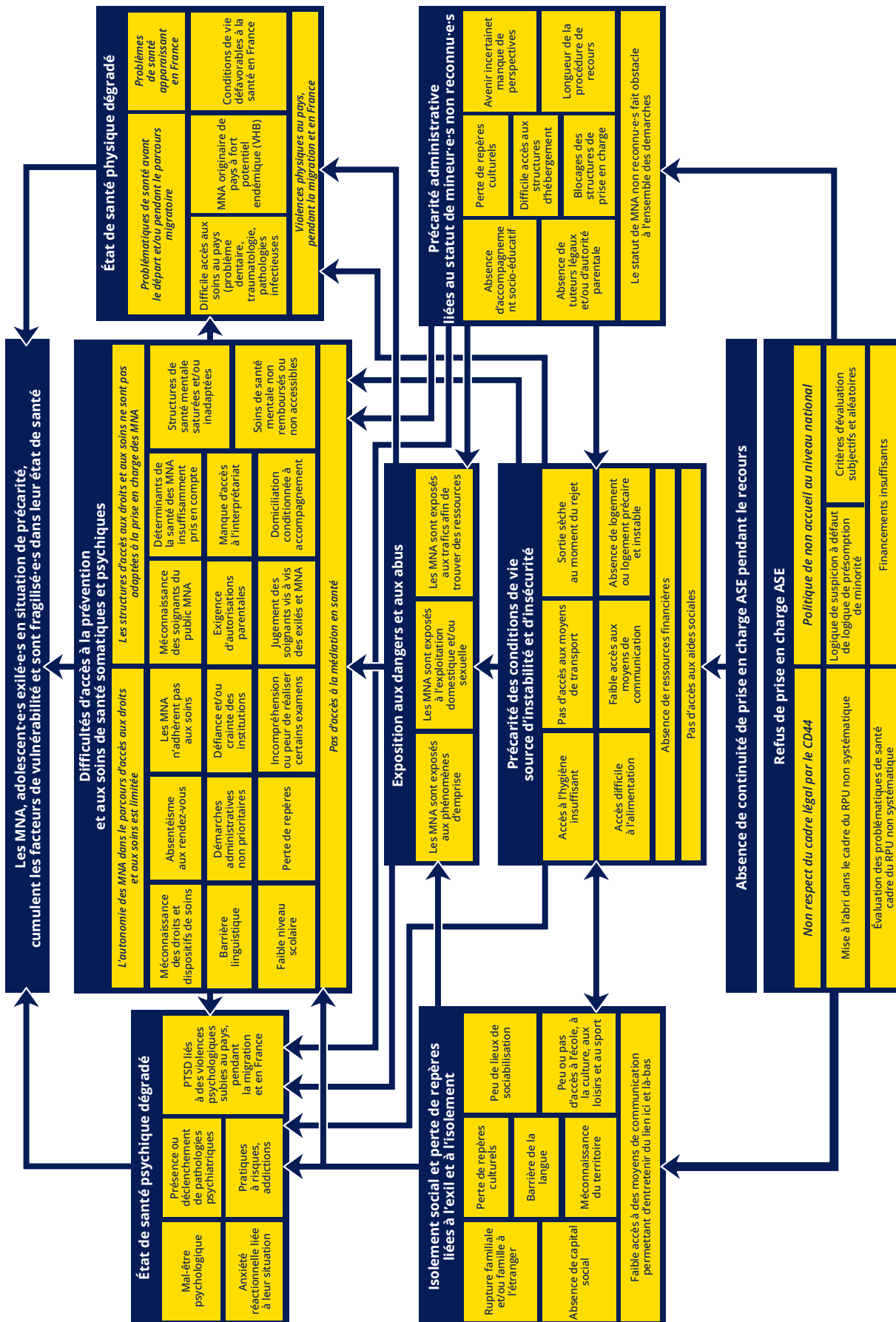
Déroulé :

Horaire	Étapes	Contenu
18 h 30 - 18 h 50	Accueil et présentation	Présentation des participant·e·s, de leur rôle et temps de collaboration.
18 h 50 - 19 h	Présentation de la journée	Objectifs de l'atelier en PowerPoint.
19 h - 19 h 30	C'est quoi capitaliser ?	Brainstorming, présentation PPT, Q/R, réflexion individuelle sur les priorités.
19 h 30 - 20 h 15	Ligne du temps	Reconstruction collective de l'historique avec post-it colorés (réussites, tournants, difficultés, innovations).
20 h 15 - 20 h 30	Clôture	Retour à la réflexion individuelle, identification des priorités pour la suite.

Livrables attendus :

- Fiches d'exercice complétées pour chaque table.
- Notes et verbatims recueillis pendant les échanges.
- Synthèse collective (enseignements clés, schémas, citations).

A.2 - Arbre à problème du programme MNA de MDM à Nantes *



* Février 2020

B.1 - Fiche d'activité : les permanences d'accueil collectif



TÉMOIGNAGE.

« D'abord, j'étais découragée, mais quand j'ai vu plein de monde, je me suis dit que je n'étais pas la seule dans ces conditions-là. J'étais rassurée » — Jeune fille MNA.

Description et objectifs

La permanence d'accueil collectif est un lieu physique et temporel d'accueil et de rencontre destiné aux MNA suivis par le programme, dans lequel il est possible d'avoir un accompagnement pour l'accès à la santé et aux soins mais aussi des orientations pour répondre à d'autres besoins.

L'objectif est de renforcer les compétences psychosociales et en santé des MNA en recours au sein d'un espace ressource, avec un accueil inconditionnel, bienveillant, sécurisant, chaleureux et favorisant la création de liens et l'entraide.

Les principaux objectifs

- Rompre l'isolement et créer des liens par le collectif : favoriser les rencontres entre jeunes et avec des adultes, encourager l'entraide.
- Offrir un espace sécurisant et ressourçant : un havre de paix, un espace de calme où l'on peut aussi rêver et imaginer un avenir.
- Écouter et orienter de manière individualisée : un espace où chaque jeune peut faire des demandes et bénéficier d'un accompagnement personnalisé.
- Promouvoir la santé et renforcer les compétences psychosociales pour faciliter le développement de l'autonomie.
- Favoriser le dialogue interculturel et le vivre-ensemble.



TÉMOIGNAGE. La spécificité de l'accueil de jour MdM.

« L'originalité du dispositif réside dans l'articulation entre accueil de jour, médiation en santé et parcours de soins. L'accueil de jour devient un espace d'écoute, de récolte des besoins et de mise en lien vers le soin, pas uniquement un lieu de repos. MdM est l'un des très rares acteurs à avoir une approche de la santé des jeunes migrants aussi approfondie et structurée. La santé n'est pas traitée comme un volet séparé mais comme un fil conducteur du parcours, dès le premier accueil. — Chargée de mission migration, mairie de Nantes.

Public et place dans le parcours

Public cible : Mineur·e·s non accompagné·e·s en recours, ouvert jusqu'aux 19 ans des jeunes suivis et devenus majeurs.

Moment dans le parcours : Première entrée et tout au long de l'accompagnement. C'est la porte d'entrée principale du programme, le premier point de contact avec l'association.

Les composantes d'une permanence

Organisées autour de plusieurs espaces distincts, les permanences d'accueil collectif permettent de répondre à différents besoins simultanément.

Le guichet d'accueil et d'identification des besoins

Premier point de contact au sein de la permanence, situé à l'entrée. La personne en charge y accueille chaque jeune avec bienveillance :

- Souhaiter la bienvenue et présenter le lieu (peut être fait par un·e pair, qu'il·elle soit bénévole ou non).
- Identifier rapidement les besoins via un coupon d'accueil (avec aide au remplissage si besoin).
- Orienter vers les intervenant·e·s pour des besoins ponctuels, programmer un entretien individuel, ou orienter vers une structure externe.

La présence d'une personne dédiée au guichet est essentielle : celui-ci reste ouvert tout au long de la permanence tandis que l'accueillant·e traite les demandes et met à jour les dossiers des jeunes reçu·e·s.

Le pré-entretien pour les nouveaux·elles jeunes

Pratique de préconnaissance visant le premier contact avec les nouveaux·elles jeunes, sous forme d'un échange court (15 minutes maximum). Ce temps se déroule en deux phases :

- **Phase 1 – Accueil par un·e pair :** Un·e jeune (bénévole pair ou usager·ère qui connaît bien l'organisation) accueille le·a nouveau·elle, lui propose de s'installer, un thé ou un biscuit. Il·elle lui explique le fonctionnement des permanences et lui présente le livret d'orientation avec les principaux lieux d'aide.
- **Phase 2 – Entretien de pré-accueil :** Un·e membre de l'équipe reçoit le·a jeune dans un espace respectant la confidentialité pour s'assurer qu'il·elle ait bien saisi où se trouvent les lieux d'aide correspondant à ses besoins, réaborder le cadre (non-jugement, confidentialité, libre adhésion), identifier ses besoins les plus urgents (hébergement, problème de santé urgent) et saisir les éléments d'identité.

À l'issue du pré-entretien :

- Remise d'une attestation de suivi avec photo utile pour les démarches.
- Distribution de matériel si nécessaire : téléphone, puce, crédit, duvet, kit hiver (bonnet, gants, écharpe).
- Aide à l'appel au 115 et/ou orientation halte de nuit et proposition d'un RDV pour un entretien d'accueil.

L'espace libre et les échanges informels

Au-delà de la réponse aux besoins spécifiques, la permanence constitue un espace où les accueillant·e·s et les jeunes peuvent discuter de sujets du quotidien dans une relation horizontale et bienveillante.

- Espace autour du canapé où les jeunes sont laissés en autonomie.
- Jeux, mandalas, boissons chaudes, biscuits à disposition.
- Ordinateur pour écouter de la musique.
- La participation aux activités n'est jamais obligatoire.

L'espace d'activités collectives

Des temps d'échange et de discussion sont proposés sur des sujets relatifs à la santé et/ou des activités en fonction des envies exprimées par les jeunes.

- **Ateliers animés par l'équipe** : Art plastique, jeux d'interconnaissance, discussions santé. L'atelier peut être dans l'espace libre ou dans une salle fermée si le sujet nécessite un cadre plus sécurisant.
- **Ateliers par des intervenant·e·s extérieur·e·s** : Planning familial 44, consultation jeunes consommateurs d'Opellia, Solipsy, centre d'examen de santé de la CPAM. Un·e membre de MdM est toujours présent·e comme facilitateur·rice en complément de l'intervenant·e extérieur·e.

L'espace de confidentialité

Si une demande nécessite un partage d'informations confidentielles, il est nécessaire de s'extraire du groupe en s'isolant dans une salle dédiée.

Déroulé type d'une permanence

Thématique	Questions types
13 h 30	Briefing avec l'équipe d'intervenant·e·s : préparer le lieu, vérifier le matériel, répartir les rôles. Points de vigilance pour certains jeunes
14 h	Ouverture des portes : les jeunes arrivent progressivement tout au long de la permanence.
14 h 15	Mot d'accueil collectif : chacun·e donne son prénom quand il·elle reçoit la balle et répond à une question « brise-glace » posée au groupe. Possibilité de partager des informations utiles pour les jeunes (jours fériés, événements gratuits, messages de prévention simples...).
14 h 15 - 17 h	Permanence : les 4 espaces fonctionnent en parallèle : guichet, pré-accueil, espace libre, ateliers.
16 h 30 - 17 h	Fermeture des portes : les jeunes présent·e·s dans les locaux peuvent y rester mais la permanence n'en accueille plus de nouveaux·elles pour pouvoir tenir les horaires.
17 h	Clôture de la permanence : les jeunes encore présent·e·s sont invité·e·s à partir, rappel de la prochaine permanence.
17 h-17 h 30	Débriefing : Point sur les passages, transmissions, partage du vécu, mise à jour des dossiers.

**À RETENIR.****Le mot d'accueil, un rituel structurant.**

Chaque personne est invitée à donner son prénom quand elle reçoit la balle et à répondre à une question « brise-glace » (musique du moment, équipe de foot préférée, qualité personnelle...) adressée au groupe pour lancer une dynamique collective. Ce rituel crée des repères temporels stables dans un quotidien souvent chaotique et vise à ce que chacune des personnes présentes prenne sa place au sein du groupe et de la permanence.

**TÉMOIGNAGE. La spécificité de l'accueil de jour Mdm.**





« Le fait d'avoir redéfini des zones d'intervention, toujours associées à ce lieu, et d'avoir apaisé le lieu d'accueil, a fait que cette convivialité est passée par ce mot d'accueil. On commence l'accueil collectif, on se présente, on démarre ce temps collectif ensemble. » — Chargée de mission migration, mairie de Nantes.

Les outils opérationnels

Le programme a développé plusieurs outils pour structurer l'accompagnement et faciliter le travail des équipes. Ces outils sont le fruit d'années d'expérimentation et d'amélioration continue.

Le coupon d'accueil

En arrivant, tous les jeunes sont invité·e·s à compléter un coupon avec leur nom/prénom et à indiquer s'ils ont une question ou un besoin particulier. Le remplissage du coupon est souhaité mais pas obligatoire. Le coupon est bilingue (français/anglais) et utilise des pictogrammes pour faciliter la compréhension. Les coupons facilitent l'identification des besoins mais ne sont pas exclusifs : il est nécessaire d'aller vers les jeunes pour identifier d'éventuels besoins non formulés. À la fin de la permanence, les coupons sont comptés pour connaître le nombre de passages.

Prénom / NOM First Name / Family Name			
Tu as besoins de / Your needs			
Besoin de rien Don't need anything	Entretien Talk 	RDV médical Medical appointment  	Aide pour un courrier Help with mails & letters 
Autre (préciser si possible) / Other (specify if possible)			
<i>Entoure ce dont tu as besoin / Circle what you need</i>			

↓ *Trame de pré-entretien*

TRAME DE PRE ENTRETIEN MNA

Date : _____ Bénévoles : _____

Présentation

Se présenter par le prénom et sa fonction. Présenter Médecins du Monde et notre mission :

- **Association indépendante et militante** qui n'est liée ni au gouvernement ni au département.
- **Espace de libre adhésion et de non-jugement**
- **Ce qu'on fait** : notre axe de travail est la santé (corps et tête). Nous pouvons t'accompagner dans tes démarches médicales : création de droits à la santé auprès de l'Assurance Maladie, te mettre en lien avec les professionnels de santé et t'accompagner aux RDV médicaux si nécessaire. Nous pouvons te mettre en contact avec des associations qui pourront t'accompagner dans les démarches juridique et scolaires et avec les associations solidaires où tu pourras te rendre pour te nourrir, te reposer, te divertir et rencontrer d'autres personnes. **Il convient de préciser clairement dès le départ que Médecins du Monde ne gère pas et ne possède pas de lieux d'hébergement.**
- **Confidentialité, secret partagé et DPI** : nous ne partagerons avec d'autres structures ce que tu nous dis uniquement si tu le souhaites.
- **Expliquez brièvement ce que signifie le fait de ne pas être admis à l'ASE et la possibilité de lancer un recours auprès de la Cimade.**

Hébergement

Où dors-tu ? _____

Orientation vers le **115** (le contacter à la fin de l'entretien) et **Haltes de nuit**

Santé

Comment te sens-tu à ce jour ? **Problèmes de santé ?**

Si problème de santé identifié : as-tu **déjà eu des soins** depuis que tu es en France (qui, où ?) **Faire copie de CR, carnet de santé et/ou résultats de laboratoire si nécessaire.**

Si problème de santé identifié, nécessité d'une orientation en urgence ? (Urgences ou évaluation infirmière à la PASS du lundi au vendredi à 8h45 et 13h45)

Besoins MATERIELS

Faire une évaluation de besoins et entourer les items à donner

Duvet - T téléphone - Crédit Lyca - Vêtements - Kit hiver

↓ Trame de pré-entretien

Orientation vers les besoins fondamentaux

S'assurer que les orientations vers les besoins fondamentaux ont été faits par le bénévole pair. Si ce n'est pas le cas, remettre le livret d'accueil MNA et faire les orientations :

Alimentation : Orientation vers **Restaurant Aurore et Talensac**.

Accueil de jour : Orientation **Tamo et Agnès Varda + horaires Mdm**

Identité

Faire une copie du **rejet de minorité** et enregistrer de l'**attestation de suivi MDM** (format Word). Vérifier avec le jeune que les nom et prénom sont correctement orthographiés.

NOM : _____ Prénom : _____

Nationalité : _____ Langue(s) : _____

Date de naissance : _____ Ville de naissance : _____

Numéro de tel : _____ N° de tel WhatsApp si différent : _____

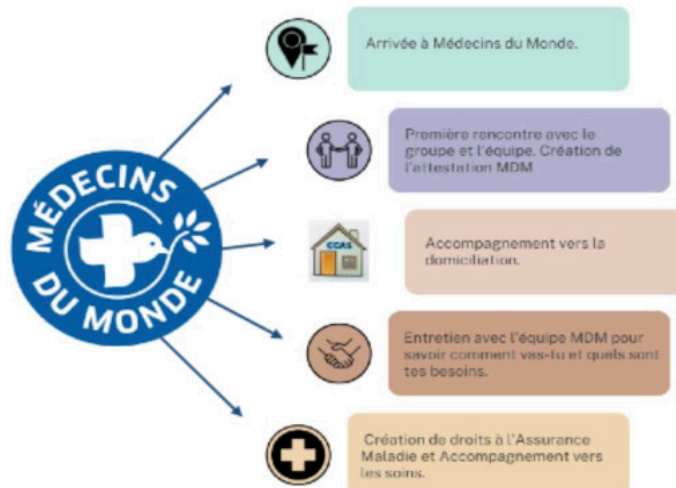
Inviter le jeune à rejoindre le groupe WhatsApp Mdm.

Rendez-vous

Vous pouvez proposer un RDV au **CCAS mardi prochain à 09h00**. Expliquer que cette attestation permettra un accès à la **boîte aux lettres**, à la **carte de restaurant Aurore** et à la **Carte de bus**. De plus, expliquer que ce jour-là, nous allons passer à la CPAM (assurance maladie) pour vérifier s'il y a des droits AME en cours d'ouverture/ouverts.

Prochain entretien d'accueil MDM _____

Commentaires



La trame de pré-entretien

Ce document (voir pages 114 et 115) guide l'entretien avec les nouveaux·elles jeunes. Elle rappelle les points clés à aborder : présentation de MdM (association militante, non liée au gouvernement), cadre de libre adhésion et non-jugement, confidentialité et secret partagé, besoins de santé, compréhension du système de soins.

Autres outils à disposition

- Attestation de suivi : document avec photo et tampon MdM remis aux jeunes, utile pour justifier leur identité et leur parcours d'accès aux droits.
- Livret d'orientation : présente les principaux lieux d'aide (hygiène, alimentation, accueil de jour, hébergement, juridique, écoles citoyennes...).
- Arbre décisionnel en santé (problème de santé ? → couvertures maladie ? → orientations possibles).
- Fiches d'orientation : plans et photos des lieux ressources (CPAM, CCAS, médecins, lieux de soins...).
- Carnet de santé : remis à chaque jeune pour consigner son parcours de soins.
- Dossier patient informatisé (DPI) : centralise les informations et assure la continuité du suivi.
- Flyers santé en différentes langues (médecin généraliste, santé mentale...).

Ressources nécessaires

Ressources humaines :

- 1 salarié·e et 2 bénévoles et idéalement 2 bénévoles pairs.
- Disponibilité d'une expertise médicale et/ou psychologique.

Ressources matérielles :

- Un local dédié avec espaces adaptés pour les entretiens individuels de pré-accueil.
- Éléments d'activité : jeux, outils d'animation, mandalas.
- Éléments d'accueil : boissons chaudes, biscuits, collations.
- Matériel de distribution : duvets, kits hiver, téléphones, puces, crédit téléphonique.
- Équipement : accès internet, ordinateur, imprimante.

Temps :

3 heures de permanence, 30 min de briefing, 30 min de débriefing, soit 4 heures au total.

Périodicité

Deux permanences par semaine le lundi et le jeudi de 14 h à 17 h.

Cette régularité est essentielle pour offrir aux jeunes des repères temporels stables.

Points de vigilance

- **Sur le lien aux jeunes :** Stabilité du cadre, continuité des visages.
- **Sur la posture :** Aborder les plus silencieux, repérer les urgences.
- **Sur le cadre :** Équipe mixte, confidentialité pour les échanges sensibles.
- **Sur l'aller-vers :** Les coupons ne sont pas obligatoires ni exclusifs : aller vers les jeunes pour identifier les besoins non formulés.

Bonnes pratiques

- Avoir un lieu d'accueil où les jeunes peuvent se poser et se reposer.
- Choisir un lieu proche du centre-ville et des partenaires.
- Promouvoir une ambiance de détente : musique, jeux, canapé.
- Afficher sur les murs des informations avec photos et plans.
- Impliquer les jeunes dans la décoration.
- Impliquer les bénévoles pairs ou des usagers qui connaissent le programme dans l'accueil des nouveaux·elles.



VIGILANCE.

À l'issue d'une permanence, il se peut qu'un·e nouveau·elle MNA sans hébergement soit accompagné·e vers une halte de nuit, afin de lui indiquer l'endroit mais aussi de lever les éventuels obstacles d'accès liés à sa minorité qui pourraient être évoqués par les professionnel·le·s de la structure (et alors que le cadre légal prévoit que les MNA en recours aient accès aux dispositifs d'hébergement d'urgence).

Dans ces situations d'accompagnements non prévus en fin de permanence, nous avons mis en place un protocole d'accompagnement en binôme pour prévenir les risques qui peuvent être de deux ordres :

- Le désespoir des jeunes qui peut les conduire à se mettre en danger.
- La difficulté de l'intervenant·e MdM se trouvant seul·e face à une situation difficile et déciderait d'héberger le·a jeune sans avoir pris le temps de la réflexion pour une décision qui peut être très engageante.



TÉMOIGNAGE.

« Tu vois, il y a d'autres jeunes qui ont fait des dessins, des cadres. Chacun un pays. Quand tu rentres, tu sais qu'il y a un Ivoirien qui est passé ici, un Congolais qui est passé ici. » — Jeune fille MNA.

En résumé

La permanence d'accueil collectif en bref

- Objectif : accueil inconditionnel, porte d'entrée vers la santé.
- Équipe minimum : 1 salarié·e et 2 bénévoles.
- 4 espaces : guichet, pré-accueil, espace libre, espaces ateliers.
- Fréquence : 2 fois par semaine, les lundi et jeudi après-midi.
- Durée totale : 4 h (briefing + permanence + débriefing).
- Outils clés : coupon, trames d'entretien, attestation, DPI.

La permanence d'accueil collectif n'est pas qu'un lieu de passage : c'est un espace de vie, de lien et de mise en confiance qui permet d'enclencher un parcours vers la santé et l'autonomie.

B.2 - Fiche d'activité : les entretiens individuels sur rendez-vous

Des espaces d'échange privilégiant une écoute individualisée et un accompagnement personnalisé

Objectifs

- **Identifier les besoins**
Mieux connaître le·a jeune et identifier ses besoins médico-psycho-sociaux à travers un échange approfondi sur sa santé physique et mentale, les déterminants de santé, son niveau d'autonomie et les obstacles rencontrés.
- **Informier et sensibiliser**
Sensibiliser le·a jeune à l'importance de l'accès aux soins et l'informer sur ses droits, afin de renforcer sa capacité d'agir.
- **Co-construire le parcours**
Co-construire avec le·a jeune un parcours d'accompagnement personnalisé, élaboré à partir des besoins identifiés et validé avec son consentement éclairé.
- **Assurer le suivi**
Assurer le suivi du parcours d'accès à la santé et aux soins, en observant son avancement et en évaluant l'évolution de l'autonomie.

Public et place dans le parcours

Type d'entretien	Public concerné
Entretien d'accueil en santé	Jeunes vu·e·s pour la première fois (premier entretien MdM sur RDV)
Entretien de suivi	jeunes déjà connu·e·s du programme reçu·e·s selon leurs besoins.



À RETENIR.

Moment dans le parcours.

Le premier entretien individuel sur RDV intervient après la présentation du·de la jeune à la permanence d'accueil collectif, si possible le lendemain matin. Il est ensuite possible de fixer des entretiens de suivi tout au long du parcours d'accompagnement proposé par MdM. Pour les jeunes déjà connus du programme, les besoins sont identifiés lors des permanences d'accueil collectif, suite à des accompagnements ou bien partagés par les jeunes via le groupe WhatsApp.

Les deux types d'entretiens

Entretien d'accueil en santé	Entretien de suivi
<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des bénévoles, rappel de confidentialité. • Explication sur le recueil des informations (raisons, utilisation, consentement) et sur le DPI. • Écoute approfondie des besoins à 360°. • Orientation vers les structures d'aide • Explication des droits en matière de santé. • Explication du parcours d'accès aux soins. • Préparation RDV domiciliation et AME. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des bénévoles, rappel de confidentialité. • Point sur les besoins fondamentaux, la santé physique et mentale. • Point sur les démarches domiciliation et AME. • Prise du 1er RDV médecin généraliste, remise du courrier d'orientation et du carnet de santé. • Évaluation de la nécessité de nouveaux RDV médicaux ou psychologiques selon les besoins individuels. • Modalité de prise de RDV selon autonomie.

Déroulé type : les trois temps de l'entretien

1. Avant l'entretien <i>Préparation</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Appel de rappel La veille ou le jour même rappeler le RDV et confirmer la présence du/de la jeune. → Briefing par les salarié-e-s Présentation des situations prévues en RDV et des points à approfondir. → Lecture du dossier informatique Par le binôme en charge de l'entretien pour connaître les dernières transmissions.
2. Pendant l'entretien <i>45 minutes max. (sauf recours à l'interprétariat)</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Expression libre Temps permettant au/à la jeune de partager comment il-elle se sent. → Questions ciblées Pour approfondir la situation. → Information sur les options Présentation des ressources existantes. → Co-construction Définition des prochaines étapes avec le/a jeune
3. Après l'entretien <i>Capitalisation</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Mise en commun Partage des observations entre les bénévoles du binôme. → Remplissage du DPI Mise à jour de l'onglet transmission. → Programmation des suivis Planification des actions et rendez-vous nécessaires. Ces informations seront repartagées en équipe lors du débriefing.

Le travail en binôme : un principe fondamental

- Croiser les regards et les informations pour une meilleure qualité d'écoute.
- Favoriser le suivi et trianguler pour nourrir l'échange.
- Prévenir les surcharges émotionnelles.
- Un·e membre peut être entièrement dans la communication pendant que l'autre prend des notes.
- Idéalement, associer une personne moins expérimentée avec une plus expérimentée.
- Combiner les profil des intervenant·e·s (médical, psychologique, d'un autre champ).



TÉMOIGNAGE.

« Le jour où le binôme d'accueil s'est mis en place, ça avait tout changé. Il y en a une qui est derrière l'ordi, mais il y en a une qui est en capacité d'être vraiment en face-à-face, entièrement dans la communication. C'est fondamental pour que ce lien-là se crée. » — Bénévole MdM.

Pourquoi le binôme ?

Pour le·a jeune

- Éviter le lien privilégié avec un·e seul·e accompagnateur·rice.
- Présenter d'emblée l'équipe de MdM comme une entité.
- Éviter les faux espoirs d'une relation exclusive.

Pour les bénévoles

- Apprentissage par la pratique.
- Échange de points de vue.
- Soutien mutuel face aux situations difficiles.



TÉMOIGNAGE.

« Le fait du collectif, ça présente aussi le collectif pour les jeunes d'emblée. Il n'y a pas non plus pour lui un faux espoir d'avoir trouvé une personne d'accueil qui va le prendre sous son aile. » — Bénévole MdM.

Ressources nécessaires

Ressource	Détails
Humaines	Binôme de bénévoles complémentaires au niveau du profil et/ou de la langue parlée
Matérielles	Espaces d'entretien assurant la confidentialité, tables ronde évitant une situation de face-à-face, items de santé, accès internet, ordinateurs, imprimante, scanner, téléphones, mémo, protocoles et outils d'orientation
Temps	45 min à 1 h 15 (maximum en cas de recours à l'interprétariat téléphonique)

Outils opérationnels

Des outils structurés guident les bénévoles dans la conduite des entretiens et assurent la continuité de l'accompagnement.



OUTIL ET BONNES PRATIQUES.

Outils à disposition des accueillant·e·s.

- Trame d'entretien d'accueil santé et d'entretien de suivi (voir pages 122 à 126).
- DPI (dossier patient informatisé).
- Carnet « Parcours de santé » pour le·a jeune.
- Mémos et protocoles : AME, troubles du comportement, fragilité santé mentale, appel du 115.
- Courrier de transmission standardisé pour les médecins généralistes.
- Fiches d'orientation : santé, hygiène, alimentation, accueil de jour, hébergement, juridique, écoles citoyennes...



TÉMOIGNAGE.

« Je l'utilise, le carnet de santé, ça sert. Quand tu parles à un médecin, il va savoir comment tu suis ton parcours de santé et la date des rendez-vous. » — Jeune garçon MNA.

Points de vigilance



POINTS D'ATTENTION ESSENTIELS.

- Confidentialité et gestion des sujets sensibles.
- Attention aux plus silencieux·ses : les solliciter sans les forcer.
- Posture : faire avec et non à la place, horizontalité, neutralité.
- Durée limitée (1 h maximum pour efficacité et concentration).
- Adaptation au genre si nécessaire.
- Ne pas laisser l'ordinateur interférer dans la communication.

Bonnes pratiques

Conseils issus de l'expérience

- **Avant l'entretien**
 - Regarder le DPI avant pour que le·a jeune sente qu'on sait à qui on s'adresse.
 - Éteindre l'écran avant l'accueil du·de la jeune.
 - Préparer les points à aborder avec l'interprète si besoin.
- **Pendant l'entretien**
 - Limiter la collecte aux informations prioritaires.
 - Parler au·à la jeune et pas à l'interprète.
 - Utiliser la reformulation.
- **Pour maintenir le lien**
 - Fournir téléphones et puces avec crédit d'appel pour permettre l'appel au 115 et maintenir le lien.
 - Rédiger avec le·a jeune les transmissions pour les prochaines personnes qui le recevront.

↓ **Trame d'entretien Accueil santé MNA**

Utilisée pour le premier entretien individuel sur RDV, elle structure l'échange autour de la santé globale du·de la jeune : état de santé perçu (physique, psychologique, émotionnel), problèmes de santé identifiés, parcours de soins, situation de logement, droits AME, parcours examen-prévention Santé. Cette trame permet également de recueillir les informations utiles pour le portage du plaidoyer.

TRAME D'ENTRETIEN « ACCUEIL SANTE MNA »

Date : _____ Accueillants : _____

Cadre de l'entretien

Se présenter par son prénom et sa fonction.

Confidentialité, secret partagé et recueil des données : les informations que tu nous partages seront partagées avec d'autres structures uniquement si tu le souhaites.

Possibilité de recourir à l'interprétariat par téléphone avec ISM Interprétariat (formés au sujets santé et tenus au secret médical)

Vérifier auprès du jeune s'il a bien participé à une présentation de **MdM en collectif**.
 Demander au jeune s'il a des questions concernant MDM et notre mission d'accompagnement.
 Si nécessaire se référer au document **Ton parcours en santé** qui reprend les étapes et les informations essentielles.
 Si le jeune revient sur des besoins fondamentaux, le référer à l'équipe de TAMO.

Besoin en santé du jeune

Il est pertinent d'entamer l'échange par cette question ouverte : « **Comment te sens-tu aujourd'hui ?** ». Et de continuer en soulignant l'objectif de l'échange par cette phrase : « **Aujourd'hui on va prendre un temps ensemble pour parler de ta santé.** »

1. Réponse du jeune concernant sa santé : _____

2. Etat de santé perçu

	Très bon 	Bon 	Moyen 	Mauvais 	Très mauvais 
Etat de santé général ?					
Etat de santé physique ?					
Etat de santé psychologique et émotionnel ? (tête et cœur)					

3. As-tu un ou des problèmes de santé ? si oui, lesquels ?

Partager le fait que beaucoup de jeunes reçus par MdM ont été victimes de violences pendant le parcours migratoire et que ce sujet peut être évoqué avec MdM.
 Partager avec les jeunes filles la possibilité de parler de santé sexuelle et reproductive, d'avortement et de gynécologie.

4. As-tu déjà eu des soins ou 1 bilan de santé depuis que tu es en France (en dehors de l'évaluation par FTDA)?
 Si oui, où ça ? Y a-t-il eu des RDV médicaux pris (médecin, autre spécialiste, dentiste, service de la PASS...)

5. Quelle est ta situation actuelle concernant le logement ? _____

↓ Trame d'entretien Accueil santé MNA

Parcours « Système de santé »

Faire le point avec le jeune sur ce qu'il a compris du parcours administratif et du système de santé.

Comme nous te l'avons dit à ton arrivée, **nous pouvons t'accompagner dans ton parcours de soins** : nous pouvons t'accompagner dans la création de tes droits à la santé et t'accompagner vers les professionnels de santé. L'objectif est que tu sois en bonne santé et que tu connaisses les démarches à faire pour te maintenir en bonne santé.

- 6. L'Attestation de domiciliation** : Elle est nécessaire pour recevoir du courrier et constituer un dossier AME si nécessaire (exemple : pas de dépôt AME par FDTA ou renouvellement AME) – vérifier si le jeune a retiré sa carte La Poste et vérifie régulièrement son courrier. Vérifier avec lui s'il a pu retirer son n° de SS et/ou sa carte AME.
- 7. Le numéro de sécurité sociale** : Vérifier la compréhension de ce numéro par le jeune et noter le numéro dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) : _____ / ____ (inscrire ici le numéro de SS svp)

Expliquer que l'AME est valable 1 an sur tout le territoire français (à renouveler 2 mois avant). Dès l'obtention d'un numéro de SS ou de la carte AME, il est possible de prendre rendez-vous avec un médecin généraliste, d'aller à la pharmacie pour les traitements prescrits et dans un laboratoire pour des examens. Il faut la présenter à chaque rendez-vous en lien avec la santé car elle permet de couvrir les frais de santé.

Carte AME reçue ? Oui / Non → Si oui, indiquer la date d'expiration: ____ / ____ / 202 ____

- 8. Si le jeune n'a pas encore sa carte AME**, lui indiquer de vérifier régulièrement sa boîte aux lettres de domiciliation pour vérifier s'il a reçu un courrier CPAM lui indiquant qu'elle est disponible à la CPAM Beaulieu. Si pas de courrier CPAM reçu 1 mois après la demande d'AME, possibilité d'orienter le jeune vers la CPAM avec 1 courrier d'accompagnement.

- 9. Présenter le parcours Examen Prévention Santé de CES.**

!!!! 1er rdv MG = créneau de 30 min à demander impérativement au secrétariat !!!!

Si le jeune accepte le parcours Examen Prévention Santé au CES Oui Non

1. Expliquer le parcours plus en détail avec le coupon indiquant les dates des rdv
2. Donner un carnet de santé
3. Remplir le questionnaire du CES
4. L'orientation vers le médecin généraliste (MG) se fera à l'issue du parcours =

Nom, adresse et numéro du MG =

Dr _____

Date et heure du 1^{er} rdv = _____

Si pas de possibilité ou refus du parcours Examen Prévention Santé au CES

1. Identifier un médecin généraliste qui répondra aux besoins en santé et assurera le bilan de santé primo-arrivant (examen clinique / radio pulmonaire / prise de sang / schéma vaccinale) ;

Nom, adresse et numéro du MG =

Dr _____

Date et heure du 1^{er} rdv = _____

2. Donner un carnet de santé

Dans les deux cas, rédiger un courrier d'orientation MG à mettre sous enveloppe et archiver dans le DPI

- 10. Enregistrer dans le téléphone du jeune** le numéro de téléphone et l'adresse du MG / Renseigner également le numéro et l'adresse du MG dans le dossier DPI.

- 11. Créer un compte Doctolib** avec le jeune (si le MG en a un) pour faciliter la prise de rendez-vous en autonomie.

Si jamais tu décidais de quitter Nantes et qu'un suivi médical a commencé, tu peux nous en informer pour qu'on puisse annuler les RDV médicaux prévus. Pour éviter que tu recommences ton suivi médical dans une autre ville, tu peux aussi nous demander d'appeler ton nouveau médecin/éducateur. Nous ne communiquerons rien sans ton accord.

↓ Trame d'entretien Accueil santé MNA

Parcours « Système de santé »

Faire le point avec le jeune sur ce qu'il a compris du parcours administratif et du système de santé.

Comme nous te l'avons dit à ton arrivée, **nous pouvons t'accompagner dans ton parcours de soins** : nous pouvons t'accompagner dans la création de tes droits à la santé et t'accompagner vers les professionnels de santé. L'objectif est que tu sois en bonne santé et que tu connaisses les démarches à faire pour te maintenir en bonne santé.

- 6. L'Attestation de domiciliation** : Elle est nécessaire pour recevoir du courrier et constituer un dossier AME si nécessaire (exemple : pas de dépôt AME par FDTA ou renouvellement AME) – vérifier si le jeune a retiré sa carte La Poste et vérifie régulièrement son courrier. Vérifier avec lui s'il a pu retirer son n° de SS et/ou sa carte AME.
- 7. Le numéro de sécurité sociale** : Vérifier la compréhension de ce numéro par le jeune et noter le numéro dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) : _____ / ____ (inscrire ici le numéro de SS svp)

Expliquer que l'AME est valable 1 an sur tout le territoire français (à renouveler 2 mois avant). Dès l'obtention d'un numéro de SS ou de la carte AME, il est possible de prendre rendez-vous avec un médecin généraliste, d'aller à la pharmacie pour les traitements prescrits et dans un laboratoire pour des examens. Il faut la présenter à chaque rendez-vous en lien avec la santé car elle permet de couvrir les frais de santé.

Carte AME reçue ? Oui / Non → Si oui, indiquer la date d'expiration: ____ / ____ / 202 ____

- 8. Si le jeune n'a pas encore sa carte AME**, lui indiquer de vérifier régulièrement sa boîte aux lettres pour vérifier s'il a reçu un courrier CPAM lui indiquant qu'elle est disponible à la CPAM Beaulieu. Si pas de courrier CPAM reçu 1 mois après la demande d'AME, possibilité d'orienter le jeune vers la CPAM avec 1 courrier d'accompagnement.
- 9. Présenter le parcours Examen Prévention Santé de CES.**

!!!! 1er rdv MG = créneau de 30 min à demander impérativement au secrétariat !!!

Si le jeune accepte le parcours Examen Prévention Santé au CES Oui Non

1. Expliquer le parcours plus en détail avec le coupon indiquant les dates des rdv
2. Donner un carnet de santé
3. Remplir le questionnaire du CES
4. L'orientation vers le médecin généraliste (MG) se fera à l'issue du parcours =

Nom, adresse et numéro du MG =

Dr _____

Date et heure du 1^{er} rdv = _____

Si pas de possibilité ou refus du parcours Examen Prévention Santé au CES

1. Identifier un médecin généraliste qui répondra aux besoins en santé et assurera le bilan de santé primo-arrivant (examen clinique / radio pulmonaire / prise de sang / schéma vaccinale) ;

Nom, adresse et numéro du MG =

Dr _____

Date et heure du 1^{er} rdv = _____

2. Donner un carnet de santé

Dans les deux cas, rédiger un courrier d'orientation MG à mettre sous enveloppe et archiver dans le DPI

10. Enregistrer dans le téléphone du jeune le numéro de téléphone et l'adresse du MG / Renseigner également le numéro et l'adresse du MG dans le dossier DPI.

11. Créer un compte Doctolib avec le jeune (si le MG en a un) pour faciliter la prise de rendez-vous en autonomie.

Si jamais tu décidais de quitter Nantes et qu'un suivi médical a commencé, tu peux nous en informer pour qu'on puisse annuler les RDV médicaux prévus. Pour éviter que tu recommences ton suivi médical dans une autre ville, tu peux aussi nous demander d'appeler ton nouveau médecin/éducateur. Nous ne communiquerons rien sans ton accord.

↓ **Trame d'entretien de suivi MNA**

TRAME D'ENTRETIEN DE SUIVI MNA

Date : _____ Bénévoles : _____

Nom et prénom du jeune : _____

Avant l'accueil du jeune : Briefing d'équipe et regarder les dernières transmissions dans le DPI

Accueil du jeune

Se présenter et donner le cadre de l'entretien : durée de l'entretien, confidentialité et secret partagé, DPI et les sujets à aborder pendant l'entretien. Possibilité de recourir à l'interprétariat par téléphone avec ISM Interprétariat (formés au sujets santé et tenus au secret médical). Si besoin un nouveau RDV pourra être fixé.

Vérifier l'identité et l'état de droits :

Date de fin droits AME : _____

Date de fin droits domiciliation (onglet documents) : _____

Médecin généraliste identifié. Sais-tu prendre RDV avec ton médecin ? As-tu son numéro de téléphone (l'enregistrer dans son téléphone si besoin) _____

Vérifier le numéro de téléphone du jeune : _____

Vérifier l'état des droits à l'assurance maladie

Vérifier si une demande d'AME a été faite. Si ce n'est pas le cas, **remplir un dossier de demande d'AME** avec le jeune en lui expliquant de quoi il s'agit.

Besoins

Comment vas-tu ? Quelle est ta situation et quels sont tes **besoins** ? Faire le point sur l'hébergement et l'alimentation : **Où es-tu hébergé.e actuellement ? Où manges-tu ?**

As-tu un **problème de santé** ? Si un problème de santé a été identifié, faire un état des lieux : **compréhension de la pathologie et du traitement médicamenteux, compréhension de son état de santé et l'évolution du diagnostic**, l'autonomisation sur sa santé et la gestion des RDV.

Pour les jeunes filles particulièrement, partager la possibilité de parler de santé sexuelle et reproductive, d'avortement et de gynécologie.

Version du 06/06/2025

↓ **Trame d'entretien de suivi MNA**

Comment te sens tu au niveau psychologique (la tête et le cœur) ? As-tu des besoins en entretien santé mentale ? Utiliser si besoin la fiche de sensibilisation « santé mentale »

Partager le fait que beaucoup de jeunes reçus par MdM ont été victimes de violences pendant le parcours migratoire et que ce sujet peut être évoqué avec MdM). Si un besoin en santé mentale est identifié, quels sont les éléments exprimés par le jeune et/ou symptômes ? **Éléments de l'urgence identifiés ? Informer l'équipe lors du débriefing pour voir quelles sont les possibilités d'orientation du jeune.**

Si besoin un RDV médical

Vérifier l'état des droits de l'AME. Proposer un rdv chez un **Médecin Généraliste** en expliquant le rôle et l'intérêt du MG.

Si le jeune a un smartphone et une adresse électronique valable, faire la création de son **compte Doctolib** afin qu'il puisse prendre le RDV directement sur son téléphone.

Faire enregistrer sur le téléphone le nom et le numéro du Médecin. Rédiger le **courrier d'orientation MT sous format Word à enregistrer dans le DPI et remettre un carnet de santé.**

Si le jeune n'a pas de droits ouverts à l'Assurance Maladie, vous pouvez prendre un RDV directement à la PASS (02 40 08 42 16) ou orientation pour une évaluation infirmière du lundi a vendredi à 08h35 ou 13h45

Faire le point sur les rendez-vous médicaux à venir et/ou les orientations réalisées

Si RDV médical pris - attention à évaluer la durée du créneau nécessaire (15 minutes ou 30 minutes) et le spécifier au secrétariat du cabinet :

Lieu du rdv	Date du rdv	Heure du rdv	Besoin d'un accompagnement ? Oui simplement de rappeler le rdv la veille ?

Conclure en reprenant avec lui ou elle les éléments principaux et ce qu'il.elle souhaite laisser dans le DPI

Après avoir raccompagné le jeune dans l'espace collectif :

- Ajouter une consultation dans le DPI
- Mettre les transmissions
- Debriefing entre vous : qu'est qui a bien fonctionné ? qu'est-ce qui pourrait être fait différemment une prochaine fois ?

Version du 06/06/2025

**TÉMOIGNAGE.**

« Il faut regarder avant le DPI pour voir ce qu'il y a eu. Pour qu'il y ait le sentiment qu'on sait à qui on s'adresse. Eux, ça leur procure l'impression d'être reconnus. Tout ce qu'ils ont confié n'a pas été confié en vain. » — Bénévole MdM.

**À RETENIR.****Un cadre d'intervention structuré.**

L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire formée à la médiation en santé permet une approche globale de la santé visant l'autonomie de la personne. Les outils développés et la complémentarité des compétences de chacun-e a permis de créer un cadre d'intervention qui soit assez précis et structuré dans ses différentes dimensions médico-psycho-sociales.

En résumé**Les entretiens individuels en bref**

- **Objectif principal** : identifier les besoins et co-construire le parcours de santé.
- **Modalité** : en binôme de bénévoles complémentaires.
- **2 types d'entretien** : accueil santé (premier contact) et suivi (accompagnement).
- **Durée** : 45 min à 1 h 15 (maximum si besoin d'interprétariat).
- **Outils clés** : Trames d'entretien, DPI, carnet de santé, documents d'orientation.
- **Principes clés** : Faire avec, confidentialité, libre-adhésion, continuité.

B.3 - Fiche d'activité : les accompagnements physiques

Des moments de médiation en santé pour faciliter l'accès aux soins et renforcer l'autonomie.

Description et objectifs

Les accompagnements physiques sont des moments privilégiés de médiation en santé entre les MNA et les professionnel·le·s de santé pour faciliter l'accès aux services de santé et une prise en charge adaptée. Ils visent à :

- **Renforcer l'autonomie**
Renforcer l'autonomie des jeunes dans l'utilisation du système de santé, le repérage en ville et l'usage des transports.
- **Sécuriser la rencontre**
Sécuriser la première rencontre avec le·a soignant·e et favoriser la continuité du recours aux soins.
- **Faciliter la communication**
Faciliter la communication entre le·a jeune et les professionnel·le·s de santé en créant des conditions favorables à une consultation de qualité.
- **Sensibiliser le personnel de santé**
Sensibiliser et renforcer les capacités des professionnel·le·s de santé pour un service adapté aux MNA.

Public et place dans le parcours

- **Public ciblé**
Tous les jeunes lors de leur premier RDV avec le·a médecin généraliste. Puis selon le niveau d'autonomie du·de la jeune et la complexité du parcours de soins.
- **Moment dans le parcours**
Premier RDV avec médecin généraliste et spécialement au début du parcours de soins. Certain·ne·s jeunes auront besoin d'accompagnements répétés et sur la durée tandis que d'autres seront autonomes plus rapidement – sans oublier toutefois qu'il s'agit d'un public adolescent qui aura toujours besoin d'être soutenu, informé et orienté régulièrement.



Pourquoi systématiser le premier accompagnement ?

Les professionnel·le·s de santé ou les institutions attendent souvent de MdM de sécuriser le parcours et d'éviter les créneaux vides. Ils demandent d'être présent au moins au premier rendez-vous. Une fois que le lien est établi avec le·a patient·e, ils·elles deviennent plus souples pour recevoir le·a jeune seul. Cet accompagnement sécurise également les jeunes accompagné·e·s..

L'accompagnement individuel : les 6 étapes

L'accompagnement physique n'est pas pensé uniquement sur le moment de la consultation, mais sur tout ce qui l'entoure : avant, pendant et après.

1. Pré-accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> → Prise de rendez-vous avec la structure de soin (par MdM ou par le·a jeune selon son autonomie). → Appels de rappel au·à la jeune (une semaine avant, la veille, parfois le matin même). → Demander au·à la jeune de ramener ses documents : carte AME, carnet de santé, courrier d'orientation, dossier médical. → Lecture du DPI ou briefing sur la situation concernée pour bien connaître le·a jeune.
2. Avant le déplacement <i>Préparation</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Rendez-vous 30 mn avant la consultation dans un lieu central et connu du·de la jeune. Ce temps est essentiel. → Questions préparatoires : « Qu'est-ce que tu penses trouver là-bas ? », « Comment souhaites-tu agir ? » → Rappel des informations déjà transmises si nécessaire : rôle du médecin, utilité du RDV, confidentialité. → Aider le·a jeune à formuler ses besoins en matière de santé. → Demander quelle posture il·elle attend de l'accompagnateur·rice et s'il·elle souhaite être accompagné·e dans la consultation.
3. Durant le déplacement <i>Apprentissage</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Trajet en transport en commun pour apprentissage. → Regarder ensemble comment aller au RDV : numéro du bus/tramway, le terminus, l'arrêt, bâtiments particuliers. → Quand c'est possible, laisser le·a jeune guider tout en restant en soutien.
4. Durant le rendez-vous <i>Médiation en santé</i>	<p>Si présence est demandée par le·a jeune :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Expliquer au·à la professionnel·le la situation administrative et le statut des MNA. → Présenter l'action de MdM et la possibilité de contact pour le suivi. → Rappeler la possibilité de l'interprétariat gratuit par téléphone. → Accompagner sans devenir l'interlocuteur·rice principal·e, aider à la reformulation. → Recentrer la discussion entre le·a jeune et le·a praticien·ne. <p>La pratique la plus régulière est de commencer la consultation avec le·a jeune, puis de sortir du cabinet pendant l'examen clinique et de rejoindre le·a patient·e et le·a docteur·e pour la fin de la consultation.</p>
5. Débriefing <i>Valorisation</i>	<p>Temps proposé après la consultation avec le·a patient·e pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Permettre au·à la jeune d'exprimer comment il·elle a vécu son rendez-vous. → Faire le point sur les suites à donner (ordonnance, prescription d'examen, prise de RDV...). → Identifier ce qui pourrait l'aider pour la prochaine fois. → Vérifier et confirmer avec lui·elle s'il·elle serait en mesure de se rendre seul·e à un prochain RDV. → Valoriser ses efforts et faire reformuler ce qu'il·elle a compris.
6. Post-accompagnement <i>Transmissions</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Transmissions écrites dans le DPI après chaque rendez-vous. → Spécifier où en est le·a jeune par rapport à son autonomie. → Identifier les besoins d'autres accompagnements physiques.



TÉMOIGNAGE.

« C'est une étape hyper importante dans l'accompagnement. Ça permet de le·a remettre au centre de son rendez-vous. C'est son rendez-vous, ce n'est pas le mien » — Médiatrice en santé MdM.

**LA POSTURE CLÉ: Recentrer la discussion.**

Le·a professionnel·le de santé a tendance à parler au·à la médiateur·rice en santé et pas aux jeunes. Le rôle du·de la médiateur·rice en santé est de recentrer la discussion pour que ça se passe vraiment entre le·a patient·e et le·a professionnel·le de santé. Reformuler les questions du·de la médecin, renvoyer les questions au·à la patient·e, l'aider à s'exprimer tout en restant en soutien.

**TÉMOIGNAGE.**

«La professionnelle de santé a tendance à nous parler à nous et pas aux jeunes. Donc c'est recentrer la discussion pour que ça se passe vraiment entre le jeune et la professionnelle de santé» — Médiatrice en santé MdM.

Les accompagnements collectifs

Certaines démarches se prêtent particulièrement bien à un accompagnement en groupe, qui présente des avantages spécifiques.

→ Avantages de l'accompagnement collectif

- Créer du lien entre les jeunes.
- Favoriser l'entraide et la solidarité.
- Permettre une dynamique collective rassurante.
- Mutualiser le temps d'accompagnement.
- Créer une expérience partagée que les jeunes peuvent raconter aux autres.

→ Accompagnement collectif à la domiciliation

Selon le cadre légal, les MNA en recours peuvent procéder à une domiciliation en leur nom propre, cependant pour obtenir une domiciliation au CCAS de Nantes, les jeunes doivent présenter une attestation de suivi et être accompagné·e·s par un·e intervenant·e.

Activités :

- Passage au service de domiciliation du CCAS.
- Permanence AME de la CPAM au sein du CCAS pour mettre à jour l'adresse et vérifier l'état des droits à l'AME.
- Explication du rôle du CCAS et de ses services.
- Présentation des lieux ressources sur le trajet.

Bonnes pratiques :

- Les jeunes n'ayant pas de ressources, des photos d'identité sont imprimées par MdM pour leurs démarche – de demande d'AME notamment. Il s'agit d'un bon moment pour expliquer l'importance du renouvellement de l'AME.
- Organiser ces accompagnements pour la domiciliation le jour des permanences AME de la CPAM au sein du CCAS, ce qui permet de réduire le temps d'accompagnements pour MdM et le nombre de RDV pour les jeunes.

→ Accompagnement collectif à l'examen de prévention en santé (EPS)

Le partenariat avec le centre d'examens de santé (CES) de la CPAM permet aux jeunes disposant de l'AME de bénéficier d'un examen de prévention en santé complet et gratuit.

Format :

- Groupe de 5 jeunes par sessions mensuelles.
- Un·e bénévole reste présent·e toute la matinée.
- Présence rassurante dans un environnement médical parfois impressionnant

➤ Voir p. 153, l'annexe B.6 dédiée à l'examen de prévention en santé pour le détail du parcours.

Ressources nécessaires

Ressources	Détails
Humaines	Un·e bénévole ou salarié·e formé·e à cette activité avec disponibilité de temps.
Matérielles	Tickets de transport, téléphone.
Temps	Durée variable, dépend du transport, de l'attente chez le·a médecin, etc.
Outils	Tableau de suivi des accompagnements, DPI, carnet « Parcours de santé », « pochette accompagnement » incluant la fiche pratique, des documents sur les droits des MNA en recours, le livret sur l'interprétariat.

Points de vigilance**POINTS D'ATTENTION.**

- Valider un cadre sécurisé avant d'aborder les sujets sensibles.
- Confidentialité et gestion des sujets sensibles, attention aux plus silencieux·ses.
- Posture de facilitateur·rice, non d'expert·e.
- Adaptation du genre si nécessaire (espace mixte ou non mixte).
- Temporalité souple.
- Prévoir un temps d'accueil long (thé, biscuits, discussions informelles).
- Être pro-actif·ve si la personne a du retard car les jeunes n'ont souvent pas de forfait téléphonique leur permettant de vous prévenir.

Bonnes pratiques**Conseils issus de l'expérience**➔ **Accompagnement individuel**

- Toujours réaliser les démarches AVEC le·a jeune, pas pour lui·elle.
- Participer au début et à la fin de la consultation au minimum.
- Faire reformuler la personne pour s'assurer de sa bonne compréhension.

- **Accompagnement collectif**
 - Prévoir un·e bénévole référent·e qui reste présent·e tout au long.
 - Favoriser l'entraide entre les jeunes.
 - Créer une dynamique de groupe positive.

- **En cas d'interprétariat**
 - Prévoir des RDV plus longs et en faire la demande au secrétariat.
 - Informer le·a médecin du service disponible (ISM gratuit pour les libéraux).
 - Sensibiliser les soignant·e·s sur le recours à l'interprétariat et les autorisations pour soins sur mineur·e·s.



TÉMOIGNAGES.

« J'aime parce qu'elle respecte l'heure. Quand on dit 15 h, 15 h, elle est là. À la fois, toi-même, tu n'es pas encore arrivé, mais elle est déjà là. Elle t'attend. Ça me fait vraiment plaisir. » — Jeune garçon MNA.

« La fois passée, quand on est parti, ils m'ont montré comment faire. Quand tu arrives, il faut d'abord passer dans le secrétariat. Après, tu vas voir le·a médecin. Ils t'expliquent comment faire tout ça. Et je l'avais capté. Aujourd'hui, j'ai décidé d'essayer par moi-même. » — Jeune garçon MNA.



L'OBJECTIF ULTIME : DISPARAÎTRE.

L'idée de la médiation en santé, c'est de petit à petit disparaître de la consultation et même de l'accompagnement du·de la jeune de manière générale. On accompagne et on est là en soutien s'il a besoin, mais l'idée, c'est que ce soit le·a jeune et le·a professionnel·le qui communiquent ensemble.

En résumé

Les accompagnements en bref

- **Objectif principal** : Faciliter l'accès aux soins et renforcer l'autonomie.
- **Quand ?** : Systématique au premier RDV médecin, puis selon l'autonomie.
- **6 étapes** : Pré-accompagnement → Préparation → Déplacement → RDV → Débriefing → Transmissions.
- **Posture clé** : Faire avec, recentrer la discussion, viser l'autonomie.
- **2 formats complémentaires** : Individuel (personnalisé selon les besoins) et collectif (domiciliation, EPS – crée du lien et mutualise le temps).

B.4 - Fiche d'activité : les ateliers collectifs

Des espaces d'échange pour renforcer les compétences et créer du lien entre les jeunes.



TÉMOIGNAGE.

« C'est là où on écrivait. On dessinait les doigts et puis on écrit les qualités, les défauts. J'ai aimé parce que c'est ce qui est dans le cœur que je fais sortir. »

— Jeune fille MNA.

Description et objectifs

Les ateliers sont des espaces collectifs d'échange cadrés qui permettent d'aborder des thématiques de santé dans un format participatif et bienveillant. Ils offrent une alternative à l'entretien individuel pour aborder certains sujets mais en constituent aussi une complémentarité.

- **Renforcer les compétences**
Renforcer les compétences psychosociales et les connaissances en santé dans un cadre collectif.
- **Promouvoir la santé**
Promouvoir la santé, prévenir des maladies, renforcer l'autonomie dans le système de santé en abordant des thématiques variées.
- **Créer du lien**
Créer du lien et de l'entraide entre les jeunes dans un cadre sécurisé.



TÉMOIGNAGE.

« Ils ont une manière très spécifique de répondre aux besoins : ils créent un collectif autour de ces jeunes. » — Espace TAMO des CEMEA.

Public et thématiques

- **Santé globale**
C'est quoi être en bonne santé, hygiène corporelle, bucco-dentaire.
- **Système de santé**
Couverture maladie, rôle du médecin généraliste, ordonnances, vaccination, bilan sanguin, radio.
- **Vie affective et sexuelle**
IST, contraception, consentement, relations.
- **Santé physique et mentale**
Pathologies diverses (hépatites, tuberculose), perception de la santé mentale et de l'accompagnement psychologique.

- **Compétences psychosociales**
 Jeux d'interconnaissance, valorisation, gestion des émotions, saynètes sur la prise de rendez-vous.



LA POSTURE DES ANIMATEUR·RICE·S.

Les bénévoles et salarié·e·s facilitent l'échange : ils-elles posent un cadre sécurisant, lancent la dynamique du groupe, encouragent la parole entre pairs. Ils-elles ne se positionnent jamais comme « ceux·celles qui savent ». L'objectif est de partir des connaissances des jeunes et qu'ils-elles apprennent les un·e·s des autres.

Déroulé type d'un atelier

1. Préparation en amont	Avec les partenaires : contenus, objectifs, posture, spécificités du public MNA en recours. En amont, annonce de la thématique aux jeunes sur le groupe WhatsApp ou lors de la permanence précédente..
2. Briefing équipe	Briefing systématique : répartition des rôles, points de vigilance, outils à utiliser.
3. Mot d'accueil	Accueil convivial des jeunes, temps informel (thé, biscuits), installation, question brise-glace, définition des règles du groupe par le groupe.
4. Animation atelier	1 h maximum : au-delà, la concentration baisse (fatigabilité élevée, multiples contraintes).
5. Débriefing	Avec équipe et partenaires : ressenti, points d'amélioration, suivi à prévoir.



TÉMOIGNAGE.

« C'est un atelier qu'on a fait autour des photos. Il nous faisait parler autour des photos par rapport au passé. Ça a aidé à ce qu'on partage. Et après ça, on est allé se balader à côté du fleuve. C'était très calme. J'ai beaucoup aimé. » — Jeune garçon MNA.

Ressources nécessaires

Ressources	Détails
Humaines	Un binôme d'intervenant·e·s MdM ou bien un·e intervenant·e MdM en position de facilitateur·rice lors de l'intervention d'un·e partenaire.
Matérielles	Espace calme et confortable (salle fermée selon sujet), supports visuels accessibles, jeux/outils participatifs, éléments d'accueil, items santé.
Durée	1 heure maximum.

Points de vigilance



POINTS D'ATTENTION.

- Valider un cadre sécurisé avant d'aborder les sujets sensibles.
- Confidentialité et gestion des sujets sensibles, attention aux plus silencieux·ses.
- Posture de facilitateur·rice, non d'expert·e.
- Adaptation du genre si nécessaire (espace mixte ou non mixte).
- Temporalité souple.
- Prévoir un temps d'accueil long (thé, biscuits, discussions informelles).

Bonnes pratiques

→ Conception

- Choisir les thèmes *avec* les jeunes.
- Proposer ateliers mixtes *et* non mixtes selon sujets.
- Utiliser l'art et le jeu pour faciliter l'expression.

→ Partenariats

- Identifier des partenaires experts.
- Briefer sur le public MNA en recours et interculturalité.
- Proposer ateliers dans locaux partenaires ou dans l'accueil de jour fréquenté par les jeunes pour faire découvrir les lieux aux un·e·s et aux autres.

→ Coordination

- Briefing et débriefing systématiques.
- Pas que « pendant » mais aussi avant/après.
- Être constructif·ve dans les retours, s'adapter si le format habituel ne convient pas.

Format spécifique : le groupe Filles

Un espace non mixte pour aborder les enjeux de santé sexuelle, de violences et de vie affective.

Genèse du groupe Filles

Le groupe Filles naît d'un double constat. Les filles représentent entre 5 et 12 % de la file active selon les années : elles sont ultra-minoritaires et constituent un groupe particulièrement vulnérable avec des problématiques de santé spécifiques. Dans la salle commune, lors des activités mixtes, elles sont souvent peu participatives, surtout lorsqu'il s'agit de parler de sujets sensibles.



TÉMOIGNAGE.

« Il y avait des thématiques qu'il était très difficile d'aborder avec elles en présence des garçons. On s'est dit que peut-être si on faisait un petit groupe de filles, la parole serait plus libre. » — Bénévole MdM.

Pourquoi un espace non-mixte ?

- **Thématiques quasi impossibles en mixte**
 - Violences sexuelles (au pays, sur la route, ici).
 - Mutilations génitales (96 % des jeunes filles guinéennes sont excisées).
 - Vie affective et sexuelle, consentement.
 - Grossesses, IVG, mariages forcés.
- **Vulnérabilités spécifiques**
 - Risque accru de réseaux de prostitution.
 - 100 % de violences sexuelles sur le parcours migratoire.
 - Niveau d'éducation souvent plus bas.
 - Gestion potentielle de grossesse.
- **Le nom « Atelier Filles »**
Le nom choisi est « atelier filles » (et non « sexualité », « vie affective et sexuelle », etc.) par précaution culturelle et pour laisser aux jeunes femmes la possibilité d'amener elles-mêmes les sujets. Le mot « sexualité » peut être mal reçu et effrayer.

Objectifs du groupe filles

- Créer du lien et de la solidarité entre les jeunes filles.
- Créer de la paire-aidance entre elles.
- Aborder des sujets spécifiques : anatomie, contraception, violences, santé sexuelle et reproductive (SSR).
- Renforcer leurs connaissances, attitudes et pratiques sur leur corps et leur santé.
- Identifier des lieux ressources spécifiques : Planning familial, gynécologues, UGOMPS, services de reconstruction.

Évolution du groupe

Les ateliers ont commencé de manière informelle avec 5 filles en 2018, puis se sont structurés avec l'appui de partenaires spécialisés (SIS Animation pour la vie affective et sexuelle, Planning familial 44). Les groupes ont compté jusqu'à 10 participantes. La fréquence était variable selon les disponibilités, avec la volonté de les maintenir une fois par mois pour entretenir la dynamique.

Organisation et mobilisation

- **Composition de l'équipe**
 - Une salariée référente du programme.
 - Deux bénévoles femmes, des personnes identifiées.
 - Base du volontariat chez les bénévoles intéressées.
 - Exclusivement féminin (condition importante).
- **Mobilisation des participantes**
 - Identification des jeunes filles dans la file active.
 - Contact individuel lors des permanences.
 - Rappels par SMS (invitation, dates, horaires).
 - Rappel systématique avant chaque séance.
- **Groupes à géométrie variable**
Population mobile et instable : perdues de vue, changements de ville, maternités. Parfois 3-4 participantes, parfois 8-10. Décision

d'assumer la continuité du groupe, même avec peu de participantes, car les besoins restent présents.

Construction du cadre : confiance et non-jugement

Dès le départ, un travail très fort a été fait sur le cadre pour créer un climat de confiance permettant de faire tomber les barrières.

- **Règles de fonctionnement explicites**
 - Confidentialité de ce qui est dit dans le groupe.
 - Respect de la parole de chacune, interdiction juger et de se moquer.
 - Il n'y a pas de « mauvaise question ».
 - Possibilité de quitter l'atelier à tout moment.
- **Posture des animatrices**
 - S'asseoir « à égalité » autour d'une table basse, sur des sièges et un canapé.
 - Reconnaître ses propres limites et apprentissages.
 - Recourir à l'humour pour dédramatiser.
 - Insister sur la liberté de penser et d'agir en France.
- **Freins à connaître**
Tabous, gêne, traumatismes, peur de « ne pas savoir », peur du jugement (par les pairs et par les animatrices), écart générationnel (elles voient parfois les bénévoles comme des mères ou des grand-mères).



TÉMOIGNAGE.

« On essayait de transmettre l'idée qu'ici en France, il y avait une liberté de penser, une liberté d'agir, des choix offerts. On n'était pas là pour leur dire ce qu'il fallait faire, mais pour leur donner quelques outils pour faire leurs choix. » — Bénévole MmM.

Déroulé type d'un atelier

Accueil long	Temporalité souple : « 14 h 30 » signifie souvent 15h-15h30. Thé, crêpes, gâteaux, discussions informelles.
Tour de table	Parfois tour de table sur l'état d'esprit de chacune. Rappel du sujet prévu : « On avait dit qu'on parlerait de ça, est-ce que ça vous va ? Y a-t-il quelque chose de plus urgent ? »
Outils progressifs	Cartes/images de femmes diverses (chacune choisit et dit ce que ça évoque), magazines féminins, vidéos, planches anatomiques (plutôt que photos jugées trop intrusives), violentomètre, dispositifs « d'accord/pas d'accord »
Durée	1h-1h30 maximum : au-delà, la concentration baisse (fatigabilité et stress élevés, multiples contraintes, charge mentale lourde).

Thématiques abordées et apports

→ *Thématiques variées*

- Sujets « légers » : coiffure, mode.
- Anatomie et règles (représentations puis explications).
- Consentement, violences, mariages forcés.
- Mutilations et possibilité de reconstruction.
- Grossesse, prévention, IVG (très tabou).
- Relations filles/garçons, normes France vs pays d'origine.

→ *Apports majeurs*

- Espace pour déposer des récits très difficiles.
- Détection de conduites à risque (prostitution, disparitions).
- Mise en lien avec psychologues (3-5 séances).
- Orientation vers des partenaires spécialisés.
- Accompagnements vers l'IVG.
- Signalements de disparition inquiétante.

Ressources et partenaires

→ *Partenaires pour l'animation*

- SIS Animation : vie relationnelle et sexuelle, IST, prévention, connaissance du corps, procréation, cadre légal.
- Planning familial 44 : contraception, IVG, accompagnement.
- Bénévoles formées en interne sur la vie affective et sexuelle.

→ *Lieux ressources identifiés*

- Planning familial.
- UGOMPS (unité de gynécologie-obstétrique médico-psychosociale du CHU de Nantes).
- Services de reconstruction pour mutilations (2 équipes à Nantes).
- Accueil de jour femmes (Resto du cœur).
- Réseau de gynécologues recommandés.

→ *Ressources distribuées aux participantes*

- Protections périodiques.
- Produits de toilettePréservatifs.
- Flyer avec lieux ressources.
- Information sur la contraception.
- Lieux pour se doucher.



TÉMOIGNAGE.

« Les filles représentent un groupe très soudé et très solidaire en dehors de MdM. Ces groupes comblaient un "trou dans la raquette" : ils traitaient des besoins spécifiques qui n'étaient pas pris en charge ailleurs. » — Bénévole MdM.

Conditions de réussite et limites

→ *Conditions indispensables*

- Accepter un temps long et un rythme adapté ainsi que des arrivées tardives ou des départs avant la fin.
- Être modeste dans les objectifs de chaque séance (parfois 1/10e de ce qui était prévu).
- Climat de confiance, non-jugement, accueil inconditionnel.

- Espace-temps sécurisé : pas de passage, pas d'intrusions.
 - Groupe et animatrices exclusivement féminins.
 - Matériel d'éducation sexuelle adapté culturellement et progressif.
- **Limites rencontrées**
- Baisse du nombre de filles dans la file active.
 - Départs nombreux (maternités, changements de ville, reconnaissances minorité).
 - Priorités stratégiques du programme réorientées.
 - Manque d'outils spécifiquement conçus pour ce public (bricolage nécessaire).
 - Disponibilité mentale limitée des participantes (précarité, stress).

Format spécifique : l'atelier d'écriture

Déposer la parole, créer un « nous » et rouvrir l'avenir.

Origine et intentions

L'atelier d'écriture est proposé par une bénévole qui suit des cours d'écriture depuis longtemps et y voit un outil pour accompagner les jeunes différemment. Il s'adresse à un groupe de 8-10 garçons, reflétant la composition majoritairement masculine de la file active.

Objectifs de l'atelier d'écriture

→ **Aider la parole à s'exprimer autrement**

Par le texte, même oralement dicté. « La parole s'écrit » : si vous avez envie de dire des phrases, nous les écrivons mot pour mot.

→ **Reconnaître ses ressources**

Ils ont survécu à un voyage extrêmement difficile, mais n'en sont pas toujours conscients. « On a traversé tout ça, on a survécu, on tient debout. »

→ **Créer une « communauté de vécu »**

Entre jeunes ayant connu rupture, exil et séparation. Ces jeunes ont parfois du mal à créer du lien, ils ont vécu beaucoup de séparations.

→ **Ouvrir une projection vers l'avenir**

« Je rêve de devenir... » Dans un moment où ils sont « coincés dans le dur », l'atelier leur permet de s'autoriser à avoir un futur.

Méthode : trois temps d'une trajectoire migratoire

Dès le départ, il est décidé de construire un texte commun, sans exclure la possibilité de récits individuels. Le travail s'organise autour de trois moments de la vie :

1. Avant

- D'où viens-tu ?
- Quelle était ta vie « là-bas » ?

2. Le voyage

- Départ, route, mer
- Traversées, peurs, passages

3. Ici et demain

- La situation présente
- Une «fenêtre sur le futur»

Le dispositif de dictée verbatim

Une méthode innovante

La plupart des jeunes ne se sentent pas capables d'écrire : « Ce n'est pas possible, on ne sait pas écrire. » La solution : les jeunes parlent, et les bénévoles écrivent mot à mot leurs paroles, en gardant la construction originale des phrases. Ce dispositif produit des formulations parfois « improbables » mais très fortes.

Processus d'écriture collective

1. Les jeunes parlent, les bénévoles transcrivent mot à mot (verbatim).
2. Une parole en appelle une autre : « Moi aussi j'ai pris le bateau... », « Moi, je suis venu en avion... ».
3. Les différences apparaissent, mais aussi les communs.
4. Les jeunes corrigent : « Ce mot-là ne me plaît pas. On met quoi ? » – travail de réappropriation.
5. L'équipe organise et structure l'ensemble en un texte cohérent avec les jeunes.

La dynamique collective : construire un « nous »

Progressivement, une parole en appelle une autre. Les différences apparaissent, mais aussi les communs : peur de la mer, découverte de l'océan, violence du voyage. L'équipe finit par organiser et structurer l'ensemble en un texte cohérent.

→ *Les différences*

- Moyens de transport (bateau, avion – un seul a pris l'avion, suscitant la jalousie des autres).
- Pays d'origine.
- Parcours individuels.
- « *Ce n'est pas grave, on peut aussi écrire la différence.* »

→ *Les communs*

- Peur de la mer.
- Découverte de l'océan.
- Violence du voyage.
- Séparations et pertes.
- Rêves pour l'avenir.



TÉMOIGNAGE.

« J'ai trouvé ça absolument incroyable, la force de la parole, de l'expression commune. Ça donnait une très grande force à leurs histoires communes. »

— Ancienne bénévole MdM.

Le texte « Jours noirs, nuits blanches »

Prix du jury – Festival des gros maux : le festival des Gros maux, organisé par MdM en 2023, propose un concours sur différentes formes d'écriture, dont le texte d'éloquence. Les jeunes choisissent cette forme, car « dire est plus facile qu'écrire ». Le texte produit (« *Jours noirs, nuits*

blanches») après 5 séances de travail est présenté au festival... et gagne le premier prix du jury. Les jeunes en retirent une énorme fierté. Ils ne souhaitent pas le lire eux-mêmes (mineurs, situation administrative instable, captation vidéo), mais le fait de voir leur texte reconnu, entendu, applaudi est un moment très fort. Un voyage à Paris a été organisé en novembre 2023 avec les 7 jeunes concernés pour la remise du prix.

Apports de l'atelier

→ *Pour les jeunes*

- Effet cathartique : déposer des morceaux de biographie, des peurs, des pertes.
- Prise de conscience de leurs ressources : « On a traversé tout ça, on tient debout. »
- Construction d'un « nous » : la parole de l'un fait écho à celle de l'autre.
- Ouverture vers l'avenir : « Je rêve de devenir un très grand électricien ».
- Fierté immense d'avoir gagné et d'être reconnus.

→ *Pour le programme*

- Confirmation de la force de la parole collective.
- Nécessité de lieux où l'on peut déposer du sensible (émotions, peurs, rêves).
- Ces espaces sont essentiels dans la réponse aux besoins psychosociaux.
- Expérience marquante, considérée comme « le plus important » par la bénévole.



TÉMOIGNAGE.

« Le plus impressionnant, au-delà de l'effet cathartique du fait de déposer, c'est qu'il y avait surtout cette fierté et surtout l'ouverture que ça représentait de se dire "je rêve de...". C'était s'autoriser à voir un avenir dans un moment où, par définition, ils sont quand même un peu coincés dans le dur. » — Bénévole Mdm.

Conditions de répliquabilité

→ *Ce qui a permis le succès*

- Bénévole avec compétences en animation d'ateliers d'écriture.
- Opportunité du festival des Gros maux (concours d'écriture).
- Groupe stable de 7-10 jeunes motivés.
- Temps long (2-3 mois, 5 séances minimum).
- Dispositif de dictée verbatim adapté au public.

→ *Points d'attention*

- Expérience non reconduite faute de contexte/opportunité.
- Nécessite des bénévoles avec ce savoir-faire spécifique.
- Format opportuniste lié au festival.
- Les espaces de parole sécurisés restent rares pour les jeunes exilés.

**ENSEIGNEMENT CLÉ.**

L'expérience de MdM montre combien ces espaces de parole sécurisés (groupes de parole, ateliers d'écriture, espaces psychosociaux) sont essentiels dans la réponse globale aux besoins psychosociaux des MNA en recours, même s'ils restent rares dans l'écosystème nantais.

En résumé**Les ateliers collectifs en bref**

- **Objectifs** : Renforcer les compétences, promouvoir la santé, créer du lien.
- **Groupe filles** : Espace non mixte pour violences, mutilations, vie affective. Cadre sécurisant, outils progressifs, partenaires spécialisés.
- **Posture clé** : Facilitateur·rice et non expert·e, les jeunes apprennent les un·e·s des autres.
- **Atelier d'écriture** : Dictée verbatim, 3 temps (avant/voyage/demain), construction d'un « nous », ouverture vers l'avenir. Prix du jury au festival des Gros maux.
- **Enseignement transversal** : Ces espaces comblent un « trou dans la raquette » : ils répondent à des besoins psychosociaux essentiels qui ne sont pas pris en charge ailleurs. La force de la parole collective.

**TÉMOIGNAGE.**

« Oui, et puis je trouve que si peut-être on est mixés, on est encore entre nous, ça serait encore mieux. Parce que ce que toi tu ne savais pas pour les garçons, maintenant là tu le sais. Ce que les garçons aussi ne savaient pas pour les filles, maintenant ils savent. » — Jeune fille MNA.

B.5 - Fiche d'activité : les entretiens d'écoute et d'orientation en santé mentale (EEO)

Un dispositif de soutien psychologique temporaire pour accompagner les jeunes vers le droit commun.



TÉMOIGNAGE.

« Quand je suis arrivé sur le programme, il y avait beaucoup de détresse psychique chez les jeunes qui venaient dans ces permanences. Beaucoup de jeunes qui s'effondraient en larmes sur ces premiers rendez-vous. » — Psychologue bénévole.

Pourquoi ce dispositif ?

Le contexte : des besoins importants et un accès difficile

Dès les premières années du programme (2016-2017), les équipes ont constaté une prévalence importante de la souffrance psychique chez les jeunes MNA reçus. Cette souffrance se manifestait de manière visible lors des permanences d'accueil et particulièrement lors des entretiens individuels.

→ Les besoins identifiés

- Symptômes anxieux majeurs et symptômes dépressifs.
- États de stress post-traumatique complexes liés au parcours migratoire.
- Détresse aiguë suite au refus de reconnaissance de minorité.
- Conduites à risques et addictions comme stratégies d'adaptation.
- Troubles psychiatriques graves nécessitant une prise en charge spécialisée.
- Besoin fondamental de sécurité : manger, dormir, avoir un logement.
- Besoin d'occupation : école, formation, activités.



TÉMOIGNAGE.

« Un vrai besoin de sécurité. La santé commence déjà par ça et ça passe par manger, dormir et vivre en sécurité, donc avoir un logement. Toutes les demandes des jeunes, c'était "je veux faire quelque chose, je veux aller à l'école". » — Psychologue bénévole.

Les freins d'accès au droit commun

L'orientation vers les dispositifs de santé mentale de droit commun (CMP, psychiatrie publique) s'est révélée particulièrement difficile pour ce public étant donné la saturation de ces dispositifs.

Type de frein	Description
Statut « ni mineur·e ni majeur·e »	Les CMP ne savent pas dans quel secteur classer ces jeunes, entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte.
Domiciliation	Être domicilié·e au CCAS pose problème pour le rattachement à un secteur géographique.
Manque de formation	« On ne sait pas faire », « On n'est pas formé·e au psychotrauma » : arguments fréquemment avancés.
Barrière de la langue	Réticence à travailler avec un·e interprète, perçu comme une contrainte supplémentaire.
Exigence d'une « vraie demande »	Attente que le·a jeune formule une demande structurée, alors qu'il·elle a besoin d'un accompagnement pour y parvenir.
Exigence d'une stabilité	« Tant qu'il·elle est en situation de précarité et d'instabilité, on ne peut pas faire grand-chose sur le plan de la santé mentale » : alors que les jeunes ont besoin d'être soutenu·e·s et d'une prise en charge quelle que soit leur situation.
Manque de flexibilité	« Si elle·il loupe un rendez-vous, on ne pourra pas la·le recevoir après » : rigidité incompatible avec les conditions de vie des MNA.
Délais de RDV	Étant donné la saturation des dispositifs en santé mentale, les délais d'obtention d'un RDV, en CMP par exemple, peuvent être d'un an, voire plus.



TÉMOIGNAGE.

« C'est là où on s'est rendu compte que c'était très compliqué parce que la porte était soit fermée, soit semi-ouverte. L'idée d'aller vers, finalement, et de soutenir un sujet qui est même en difficulté pour demander... on voyait bien que c'était quand même un peu mission impossible. » — Psychologue bénévole.

L'émergence des EEO : historique

La genèse (2017)

En 2017, face à ce constat d'inadéquation entre les besoins et l'offre existante, plusieurs psychologues bénévoles du programme ont pris l'initiative de proposer un dispositif adapté.

Les premières consultations d'écoute psychologique se sont mises en place en juin 2017. Le cadre s'est construit progressivement, par des réunions régulières entre psychologues bénévoles cherchant à définir une approche commune malgré des orientations cliniques différentes.

**TÉMOIGNAGE.**

« On était quelques psychologues bénévoles et on s'est dit, ça serait quand même bien qu'on propose quelque chose. L'idée, ce n'était pas de faire de la psychothérapie, mais simplement recevoir la détresse qui s'exprimait dans les permanences et proposer un autre lieu un peu plus adapté. » — Psychologue bénévole.

L'évolution du cadre (2022)

Début 2022, après cinq années d'expérience, le besoin de faire évoluer le cadre s'est fait ressentir :

- Risque de s'engager dans des suivis au long cours sans moyens adaptés.
- Turn-over des bénévoles pouvant créer des ruptures dans l'accompagnement.
- Nécessité de clarifier la mission : évaluation et orientation plutôt qu'écoute prolongée au sein de MdM.
- Importance de documenter les besoins et les obstacles pour alimenter le plaidoyer.

Le dispositif a été renommé « Entretiens d'écoute et d'orientation » (EEO) pour refléter cette évolution : un dispositif temporaire (maximum 3 séances) visant à évaluer les besoins et accompagner vers une prise en charge adaptée dans le cadre du droit commun.

Le cadre des EEO**Objectifs****→ Objectifs directs : pour les jeunes**

- Réaliser un repérage des besoins pour des jeunes en souffrance psychique.
- Offrir un premier espace d'écoute sécurisant et bienveillant.
- Renforcer les connaissances des jeunes sur la santé mentale.
- Préparer et faciliter l'accès à une prise en charge dans le droit commun.

→ Objectifs indirects : pour le plaidoyer

- Documenter les types de souffrances psychiques rencontrées.
- Recueillir les demandes exprimées par les jeunes.
- Identifier les structures accessibles et celles qui ne le sont pas.
- Alimenter les données pour faire évoluer l'accès au droit commun.

Principes fondamentaux**→ Un dispositif temporaire et limité**

Les EEO sont strictement limités à 3 séances maximum. Ce cadre temporaire répond à plusieurs enjeux : ne pas laisser penser aux jeunes que la relation va pouvoir durer, éviter de créer des attentes qui ne pourront pas être satisfaites, limiter les risques de rupture liés au turnover des bénévoles, maintenir le cap sur l'objectif d'orientation vers le droit commun. Par ailleurs, le programme n'était pas en capacité de répondre aux besoins exprimés en proposant des suivis sur la durée.

**TÉMOIGNAGE.**

« C'était pour ne pas laisser penser aux jeunes que ça allait être une relation qui allait pouvoir durer. C'est du temporaire. » — Psychologue bénévole.

**ATTENTION.**

Les EEO ne sont pas une psychothérapie. Ils constituent un sas d'évaluation et d'orientation. Si un besoin de suivi plus long est identifié, l'orientation vers une structure adaptée est travaillée avec les jeunes.

→ Le travail en binôme

- Apporter un cadre plus rassurant et plus contenant pour les jeunes.
- Garantir le cadre d'évaluation/orientation et limiter le transfert.
- Limiter les risques psychosociaux liés à la charge émotionnelle.
- Assurer la continuité en cas d'absence d'un·e des psychologues

L'articulation avec le collectif

Les EEO ne fonctionnent pas de manière isolée. Ils s'inscrivent dans le fonctionnement global du programme :

- Identification des besoins par les bénévoles lors des permanences.
- Transmission à l'équipe salariée qui fait le relais.
- Retour d'information dans le DPI pour assurer la continuité.
- Suivi de l'orientation par l'ensemble de l'équipe.

**TÉMOIGNAGE.**

« Même si le jeune est absent, on s'inquiète. On va essayer de trouver qui a eu des nouvelles récemment. C'est l'idée d'équipe qui fait soin et qui est hyper importante. » — Psychologue bénévole.

**VIGILANCE : SITUATIONS DE CRISE.**

Les EEO ne sont PAS adaptés pour les situations présentant un risque de danger pour soi-même ou pour autrui. Dans ces situations, qui peuvent se révéler lors d'accueil collectif ou d'entretiens individuels, la consigne est de ne jamais rester seul·e et d'informer immédiatement l'équipe salariée.

En cas de :

- Idées suicidaires avec projet précis ou passage à l'acte imminent.
- Troubles psychiatriques graves avec risque de décompensation.
- Violence envers soi-même ou envers autrui.
- État de crise aiguë (angoisses envahissantes, hallucinations...).

Orientation directe vers :

- Urgences psychiatriques : CHU de Nantes
- Appeler le 15 et/ou les pompiers
- EMPP (Équipe mobile psychiatrie précarité) pour évaluation
- Appeler le 3114 pour obtenir des conseils sur la façon de gérer la situation.

**TÉMOIGNAGE.**

« Il y a eu une situation d'un jeune qui dit à un moment : je vais mettre fin à mes jours, je vais me suicider. Et il avait dit comment il le ferait. On s'est mis à plusieurs bénévoles à l'appeler régulièrement, tous les jours. J'avais dit : il ne faut pas qu'un seul bénévole porte ça, c'est un travail d'équipe. » — Psychologue bénévole.

Modalités opérationnelles

Le parcours des jeunes

1. Identification du besoin	Lors des entretiens individuels, les bénévoles repèrent les signes de souffrance psychique (plaintes somatiques, troubles du sommeil, tristesse apparente...) et proposent aux jeunes un entretien avec des psychologues en prenant le temps d'expliquer ce qu'est un psychologue.
2. Prise de contact	Un-e psychologue de l'équipe contacte le-a jeune pour recontextualiser sa demande et fixer un premier rendez-vous. La veille du RDV, un appel est passé ou un message de rappel est envoyé via le téléphone MdM.
3. Premier entretien : cadre et évaluation	Présentation du cadre temporaire (3 séances maximum avec possibilité d'orientation), explication de ce qu'est la santé mentale et le rôle d'un-e psychologue, évaluation des besoins. Décision conjointe de fixer ou non un nouveau rendez-vous.
4. Deuxième et troisième entretiens : orientation	Travail de l'orientation en fonction des besoins, envies et structures accessibles. Contact avec la structure identifiée. Rédaction d'un courrier d'orientation avec le-a jeune.
5. Suivi de l'orientation	Accompagnement physique au premier rendez-vous (si possible avec l'un-e des bénévoles psychologue ayant réalisé les entretiens). Information à la structure qu'elle peut contacter MdM en cas de difficulté. Suivi par l'équipe de la manière dont le-a jeune se saisit de l'orientation.

**PRINCIPE CENTRAL.**

Toujours mettre le-a jeune au centre des démarches et favoriser l'appropriation et le sens qu'il-elle met dans cette démarche. Le mieux est de faire avec lui-elle, mais si ce n'est pas possible, l'informer de toutes les démarches, lui laisser le choix même si ce n'est pas le nôtre, et respecter sa temporalité psychique.

Les structures d'orientation

En fonction des besoins identifiés et des souhaits des jeunes, plusieurs types de structures peuvent être mobilisées :

Structure	Indications
CESaME 44	Dispositif créé avec le soutien du PTSM et qui a pris le relais de MdM en mars 2024. Équipe mobile de soutien psychosocial. Entretiens psychologiques individuels, activités collectives et médiation en santé pour faciliter les orientations vers le droit commun.
CMP/CMPEA	Centres médico-psychologiques. Pour les suivis au long cours. Nécessite souvent un travail préalable de préparation avec le·a jeune. Les délais d'attente sont très longs.
CRCT	Centre de ressources en clinique transculturelle. Consultations spécialisées intégrant la dimension transculturelle. Intervient en 2 ^e intention quand une prise en charge est déjà en cours mais qu'une problématique transculturelle est identifiée.
ELPP et EMPP	Équipe de liaison psychiatrie précarité et équipe mobile psychiatrie précarité. Pour les situations complexes, évaluations psychiatriques de situations à l'interface de prises en charges sanitaires et sociales.
Maison des adolescents	Accueil et accompagnement des adolescent·e·s de 11 à 21 ans. Diagnostic à 360° de leur situation avec possibilité d'orienter vers le droit commun. Fait face à de nombreux besoins et n'est pas habituée à accompagner des jeunes exilé·e·s en situation de précarité.
Le Pas	Association proposant des psychothérapies pour personnes à faibles ressources dans plusieurs quartiers nantais.
EPE	École des parents et des éducateurs. Pour les cas cliniques non complexes et sans besoin d'interprétariat. Permet d'orienter vers un psychologue pour une écoute sur la durée.
Urgences psychiatriques	En cas de crise, au sein du service des urgences du CHU de Nantes, souvent avec appel au 15 au préalable.

L'importance des portes d'entrée multiples



TÉMOIGNAGE.

« Le rendez-vous, ce n'est pas quelque chose culturellement qui est une habitude dans plein de pays du monde. Le groupe ou la médiation avec des outils permettent aux gens de se sentir bien dans un lieu et pas forcés à parler. »
— Psychologue bénévole.

L'expérience du programme a montré l'importance de proposer différentes modalités d'accès à la santé mentale :

- La dualité (face-à-face) peut être vécue comme menaçante ou étrange pour certain·e·s.
- Le groupe peut ramener à une dimension culturelle plus familière.

- Certain·e·s jeunes ont besoin de déposer d'abord avant de pouvoir verbaliser.
- D'autres ont besoin de l'anonymat relatif du groupe pour s'exprimer.
- La confiance se construit à des rythmes différents selon les personnes.

Modalité	Caractéristiques et avantages
L'espace d'accueil	Venir, rester le temps souhaité, prendre un thé, jouer, écoute de la musique, parler un peu ou ne rien dire. Tout cela fait déjà soin et permet de créer le lien progressivement entre les jeunes et avec l'association.
Les activités collectives	Participer en silence, écouter, s'informer, réfléchir, sans s'exposer. La médiation par des outils (images, dessin, danse...) facilitent l'expression.
Les EEO	Pour ceux·celles qui ont fait la démarche de demander, qui ont besoin de déposer leur souffrance dans un cadre confidentiel et d'être accompagné·e·s vers une prise en charge.



TÉMOIGNAGE.

« Il y a des personnes qui ne feront jamais d'individuel, ils vont plutôt rentrer par les activités collectives. Il y en a d'autres pour qui il y a besoin de déposer d'abord en individuel. Cette pluralité d'entrées possibles est intéressante. » — Psychologue CESaME 44.

Le lien avec le psychosocial

La santé mentale ne se réduit pas au psychologique

Pour les MNA, la souffrance psychique est étroitement liée aux conditions de vie, à l'isolement et à l'absence de perspectives. Les besoins fondamentaux (sécurité, logement, alimentation) doivent être pris en compte.



TÉMOIGNAGE.

« Ces jeunes avaient des souffrances psychiques, certes, mais ils étaient aussi tout bêtement en grande difficulté sociale. Ce qui leur prenait la tête, c'était aussi de se dire : j'ai un avocat, j'essaye d'avoir une reconnaissance de minorité, c'est galère. Il me faut des papiers, il me faut des sous. On ne pouvait pas dire : allez, tu vas me parler de ta souffrance. On était complètement pris dans la réalité de ces jeunes. C'était du psychologique et du social. » — Psychologue bénévole.

L'approche psychosociale

L'approche psychosociale reconnaît que la souffrance psychique ne peut être traitée indépendamment du contexte de vie :

- L'accompagnement des démarches concrètes (papiers, hébergement, scolarité) comme partie intégrante du soin.
- La prise en compte des préoccupations du quotidien dans les entretiens.
- L'acceptation que le·a jeune parle de sa « réalité » et pas seulement de ses émotions.
- Le travail en lien avec les autres acteurs (éducatif, social, juridique).

L'approche du trauma : principes et vigilances

Les MNA ont souvent vécu des expériences traumatiques. L'équipe a développé une approche spécifique :

✓ **Principes d'accompagnement**

- Ne jamais faire revivre le trauma.
- Laisser dire selon le rythme des jeunes.
- S'intéresser au sens plutôt qu'aux faits.
- Normaliser les réactions : rassurer sur le fait que ce qu'il-elle ressent et que ses réactions sont normales.

✗ **Ce qu'il faut éviter**

- Demander au·à la jeune de « raconter son histoire » systématiquement.
- Insister pour avoir des détails sur les violences.
- Manifester de la curiosité pour les aspects douloureux.
- Réagir avec une émotion excessive.



TÉMOIGNAGE.

« On intervenait beaucoup sur le fait de dire aux jeunes : écoute, ce que tu ressens maintenant, c'est tout à fait normal, ce n'est pas de la folie. » — Psychologue bénévole.

La pair-aidance et la santé mentale

La pair-aidance joue un rôle central dans le soutien à la santé mentale. Elle constitue à la fois un outil d'accompagnement des nouveaux jeunes et un levier de bien-être pour les bénévoles pairs eux-mêmes.



TÉMOIGNAGE.

« Ces jeunes qui faisaient ce travail de pair-aidance, ils nous ont dit que c'est ce qui leur avait fait le plus de bien d'un point de vue psychologique. Presque plus que le travail individuel. » — Psychologue bénévole.



À RETENIR. La pair-aidance : un outil psychosocial à part entière.

- Offre une alternative à l'entretien individuel pour les jeunes qui ne sont pas prêt·e·s.
 - Permet aux bénévoles pairs de transformer leur expérience douloureuse en ressource positive.
 - Crée un sentiment d'appartenance et de solidarité au sein du groupe.
 - Illustre concrètement les principes d'empowerment et d'autonomisation.
- Voir la vidéo réalisée en avril 2021 « Paroles de bénévoles pairs du programme MNA de Médecins du Monde à Nantes » (<https://youtu.be/Vi6LzeObRTE>).

De MdM à CESaME 44 : une contribution au territoire

Le travail mené par MdM sur les EEO s'est inscrit dans une réflexion plus large sur l'accès à la santé mentale des personnes exilées sur le territoire nantais. Cette réflexion a contribué, avec le soutien du PTSM 44, à la reprise des EEO de MdM par CESaME 44 à partir de mars 2024.

2017-2020	Travail de terrain : écoutes psychologiques, rencontres des acteurs du territoire, identification des freins, renforcement de l'équipe de psychologues bénévoles.
2018	Diagnostic territorial par le PTSM. Mdm signale les difficultés d'accès à la santé mentale des MNA.
2019	Lancement du PTSM (Projet territorial de santé mentale) de Loire-Atlantique. Groupe de travail sur la santé mentale des personnes exilées.
2021	Un psychologue bénévole de Mdm devient copilote du groupe de travail PTSM. Portage du plaidoyer au sein de l'instance.
2022	Restructuration des activités d'écoute en santé mentale de Mdm sous le format EEO.
2021-2023	Construction collective du projet CESaME 44 : équipe mobile, portage associatif, financement ARS/préfecture.
Mars 2024	Reprise des activités EEO de Mdm par CESaME 44.



TÉMOIGNAGE.

« On s'est dit que ça pouvait être intéressant d'avoir un partenariat qui prolonge un petit peu ça. D'avoir une structure comme CESaME 44 qui reste, qui est permanente, au-delà des personnes qui y travaillent, ça vient éviter l'écueil des ruptures. » — Psychologue bénévole.

Accompagnement des bénévoles psychologues

L'intégration des nouveaux bénévoles

- Débuter par des interventions sur les permanences et les accompagnements
- Pour les premières écoutes, privilégier le binôme avec un psychologue expérimenté

Les espaces de soutien

Espace	Objectifs et modalités
Supervision	Tous les 2 mois. Animée par un-e psychologue prestataire extérieur-e. Espace de prise de recul sur les situations accompagnées.
Intervention	Tous les 2 mois (en alternance). Partage des pratiques entre psychologues et salarié-e-s. Point sur les situations et orientations possibles.
Commission Santé mentale	Une fois par semestre minimum. Réflexion et propositions sur les orientations stratégiques du volet santé mentale.



À RETENIR. Protéger les bénévoles.

- Ne jamais laisser un·e bénévole seul face à un·e jeune en grande souffrance.
- Utiliser systématiquement le numéro masqué pour les appels.
- Partager les situations en équipe (briefings, débriefings, supervisions).
- S'appuyer sur les salarié·e·s pour poser des cadres et prendre de la distance.

En résumé

Les EEO constituent un maillon essentiel du dispositif de médiation en santé. Leur efficacité repose sur un cadre temporaire clairement posé, un travail en binôme, une articulation étroite avec l'équipe, et une pluralité de portes d'entrée vers la santé mentale.

Les EEO en bref

- **Objectif** : Évaluer les besoins et orienter vers le droit commun.
- **Modalité** : En binôme de psychologues bénévoles.
- **Principes clés** : Temporaire, sécurisant, orienté vers l'autonomie.
- **Durée** : Maximum 3 séances.
- **Articulation** : Avec l'équipe du programme (DPI, briefings).
- **Soutien aux bénévoles** : Supervision, intervision, commission santé mentale.

B.6 - Fiche d'activité : l'examen de prévention en santé (EPS)

Partenariat avec le centre d'examens de santé de la CPAM et le centre fédératif de prévention et de dépistage du CHU de Nantes.

Source documentaire : Cette fiche s'appuie notamment sur la fiche de capitalisation CAPS « *Accueil des mineurs non accompagnés : co-construction d'un parcours prévention* », réalisée par Anaïs Rio (CPAM Loire-Atlantique) en mai 2025, sur et la base d'entretiens avec Juliette Safatly (chargée des relations partenariales, CES de la CPAM 44). Portail CAPS : capitalisation-sante.fr.

Présentation du dispositif

Le centre d'examens de santé : un service de l'Assurance maladie

Le centre d'examens de santé (CES) de la caisse primaire d'Assurance maladie de Loire-Atlantique est un service émanant de deux droits inscrits dans le code de la sécurité sociale (fiche CAPS) :

- **Depuis 1946** : Les CPAM ont l'obligation de proposer à leurs assurés et à leur famille un examen de santé gratuit, notamment à des fins de prévention du développement de maladies infectieuses (tuberculose, syphilis, etc.).
- **Depuis 1992** : Un arrêté ministériel a orienté prioritairement la politique des CES vers l'insertion des personnes vulnérables dans le système de soins. Les CES ciblent en priorité les personnes éloignées du système de santé, afin de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

Le premier CES est créé en 1947 à Paris. La CPAM de Loire-Atlantique ouvre son premier centre à Saint-Nazaire en 1972, puis un second à Nantes en 2012 avec l'ambition d'être plus accessible aux publics vulnérables. (Fiche CAPS)



TÉMOIGNAGE.

« Notre mission, c'est être contributeur sur la maîtrise des risques sanitaires, au travers des dépistages, des sensibilisations qui permettent de rattraper les gens qui sont à côté du système de santé et des besoins de maintien en bonne santé en ayant un parcours de soins adapté. » — Manager du CES-fiche CAPS.

Qu'est-ce que l'examen de prévention en santé ?

L'examen de prévention en santé (EPS) est l'ambition première des CES. Il est pris en charge à 100 % et permet de :

- Faire le point sur sa santé et échanger avec une équipe de professionnel·le·s de santé.
- Évoquer ses préoccupations en toute confidentialité et obtenir des conseils personnalisés.
- Bénéficier d'actions de dépistage, y compris des analyses biologiques et une orientation vers un·e psychologue.
- S'inscrire ou se réinscrire dans le parcours de soins coordonné par un·e médecin généraliste.



À RETENIR. L'éducation en santé au cœur de l'EPS (fiche CAPS).

L'éducation en santé est inhérente à l'examen de prévention santé. Chaque professionnel·le du centre s'applique à accroître l'autonomie des consultant·e·s, leurs capacités à faire des choix favorables à leur santé, en respectant leur liberté, en développant leurs connaissances et leurs compétences, en favorisant leur estime de soi.

La problématique : accueillir un public « hors cadre » (fiche CAPS)

Par la législation, les services du CES sont accessibles à tout·e assuré·e du régime général, à partir de 16 ans, avec une priorité donnée aux publics vulnérables. Certaines catégories sont donc exclues : bénéficiaires d'autres régimes spéciaux, personnes sans droits, ou bénéficiaires de l'AME.



À RETENIR. Question de capitalisation (fiche CAPS).

« Quelles stratégies partenariales peuvent être mises en œuvre pour assurer un continuum d'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les MNA en recours ? » Face à cette jeunesse en errance et marquée par des trajectoires migratoires et institutionnelles difficiles, plusieurs objectifs obligent les acteur·rice·s concerné·e·s à agir : ne pas perdre de vue ces jeunes, maintenir le droit universel à la santé et limiter les risques sanitaires.



TÉMOIGNAGE.

« [Les MNA] partent avec quand même des désavantages supplémentaires, cela mérite un ajustement de la prise en charge à mon sens. » — Manager du CES-fiche CAPS.

Contexte du partenariat à Nantes

Le partenariat entre Médecins du Monde et le centre d'examen de santé de la CPAM Loire-Atlantique a débuté à partir d'une première expérimentation menée avec l'association Saint-Benoît-Labre pour les MNA primo-arrivant·e·s. MdM a sollicité le CES pour mettre en place un parcours similaire adapté aux MNA en recours.



TÉMOIGNAGE.

« Médecins du Monde est venu vers nous en nous disant "on sait que vous avez fait ce parcours-là pour l'association Saint-Benoît-Labre. Et nous, on serait intéressés pour faire la même chose avec les mineurs qu'on accompagne". » — Chargée des relations partenariales, CES.

Émergence et élaboration du projet (fiche CAPS)

Deux temporalités pour aboutir

Le CES apparaît comme novice dans l'écosystème d'accompagnement des MNA. Deux temporalités ont été nécessaires à l'aboutissement du projet :

→ Temporalité 1 : janvier-septembre 2023

Travaux avec le service MORINGA de l'association Saint-Benoît-Labre (ASBL). Plusieurs freins enraillent le parcours imaginé (logistique, calendrier, turn-over) et peu de jeunes sont inclus-es.

Ces travaux permettent de tirer des enseignements sur l'organisation et les contraintes à considérer.

→ Temporalité 2 : janvier-septembre 2024

Conception, réalisation et évaluation d'un parcours entre 3 acteurs : le CES, Médecins du Monde et le centre fédératif prévention dépistage (CFPD) du CHU de Nantes.

Expérimentation menée d'avril à décembre 2024 à travers 6 sessions mensuelles avec 17 jeunes.

Les stratégies déployées : « lever les freins de ce qui n'était jamais possible »

Du point de vue du CES, l'organisation de ce parcours a nécessité d'activer deux types de stratégies (fiche CAPS) :

Stratégies internes	<ul style="list-style-type: none"> → Redéfinition de la mission principale Acculturation du personnel, formations, montée en compétence, nouvelle dynamique d'équipe, décisions collégiales. → Levée des freins administratifs Ouverture exceptionnelle des offres CES aux MNA bénéficiaires AME dans le cadre de ce parcours expérimental. → Adaptations logistiques Horaires adaptés, temps de consultation allongé, doubles collations, animation de l'espace d'attente, salle pour le CFPD.
Stratégies externes	<ul style="list-style-type: none"> → Co-élaboration et pilotage partagé Engagement et reconnaissance mutuelle des compétences. Communication efficace, interlocuteur·rice·s limité·e·s, considération des contraintes de chacun·e. → Prise en compte de la parole des jeunes Questionnaire médico-social adapté, échanges informels, compréhension des trajectoires individuelles pour lever les freins. → Enrichissement du parcours Ateliers en amont (EPS, prise de sang, vaccination) et en aval (santé sexuelle, addictions).

Les acteurs du parcours

Le parcours EPS pour les MNA en recours mobilise plusieurs acteur·rice·s complémentaires. Le parcours a été co-élaboré avec les partenaires principaux en se basant sur l'engagement et la reconnaissance mutuelle des compétences de chacun·e (fiche CAPS).

→ Médecins du Monde

Qui ? Équipe salariée et bénévole. Pour quoi ? Médiation en santé

- Accueil et accompagnement global en santé des jeunes.
- Mobilisation et présentation du parcours.
- Accompagnement à l'ouverture des droits AME.
- Accompagnement physique au CES et au service d'imagerie du CHU.
- Recherche de médecin généraliste pour le suivi post-EPS.
- Animation d'ateliers de prévention complémentaires.

→ CFPD (CHU de Nantes)

Qui ? Équipe médicale et administrative et service d'imagerie médicale du CHU. Pour quoi ? Actes médicaux et prescriptions.

- Lecture des bilans sanguins et interprétation des résultats.
- Prescriptions et traitements si nécessaire.
- Rattrapage du calendrier vaccinal français.
- Orientation vers le CHU en cas de diagnostic.
- Dépistage de la tuberculose (radio pulmonaire, infection latente).

→ Centre d'examens de santé (CES)

Qui ? Équipe médicale et administrative. Pour quoi ? Actes de prévention et promotion santé.

- Séances de sensibilisation pour préparer les jeunes au parcours EPS.
- Réalisation de l'examen de prévention en santé.
- Accueil adapté (horaires, collations, temps de consultation).
- Adaptation des supports (questionnaire simplifié).
- Animation d'ateliers thématiques (nutrition, vie affective et sexuelle).

→ Écosystème territorial

Qui ? Associations, collectifs, institutions. Pour quoi ? Aide à l'insertion.

- CCAS (ouverture AME)
- Hébergement, alimentation.
- CLAT (Centre de lutte anti-tuberculeuse).
- Médecins généralistes.
- Restaurant Aurore.

Le parcours en 5 étapes

Étape 1 : Accueil et préparation à MdM

MdM accueille les jeunes lors des permanences et identifie ceux·celles qui peuvent bénéficier du parcours EPS et acceptent la proposition. L'équipe accompagne d'abord à l'ouverture des droits AME, condition nécessaire pour accéder au CES. Une fois la carte AME en possession du·de la jeune, MdM organise un entretien individuel pour :

- Expliquer les droits AME et faire une copie de la carte.
- Expliquer le déroulement du parcours EPS, sa finalité et ses bénéfices.

- Remplir le questionnaire de santé adapté aux MNA pour le CES.
- Donner les différentes dates des rendez-vous liés au parcours EPS.
- Préparer le carnet de santé.
- Organiser l'orientation vers un·e médecin généraliste en aval du parcours EPS.

À cette étape, le CES propose également une séance de sensibilisation collective auprès des jeunes inscrit·e·s pour l'EPS, animée par la chargée de relations partenariales du CES.



TÉMOIGNAGE.

« L'important, c'est de bien les préparer avant, pour qu'ils viennent, qu'ils soient rassurés, qu'ils sachent aussi comment ça va se passer. » — Chargée relations partenariales, CES.

Étape 2 : Dépistage de la tuberculose (CLAT)

Dépistage radiologique de la tuberculose maladie. Ce dépistage peut être réalisé tôt dans le parcours, même avant l'ouverture des droits AME. MdM communique la liste des jeunes au CLAT qui vérifie si une radio récente a déjà été faite et organise le dépistage si nécessaire :

- Accompagnement collectif au CHU pour la radiographie du thorax (selon horaires d'ouverture).
- Interprétation de la radio par le médecin du CLAT.
- Certificat de radiologie pulmonaire avec recommandations transmis à MdM et aux jeunes.

Étape 3 : Examen de prévention en santé au CES

Bilan de santé global d'une durée de 2 h 30 à 3 h, réalisé par une équipe pluridisciplinaire (fiche CAPS) :

1. Accueil	Présentation des examens, vérification et accompagnement sur les droits, report du questionnaire médico-social.
2. Dentiste	Examen bucco-dentaire à visée préventive (non curative). Conseils d'hygiène bucco-dentaire, facteurs de risque, orientation vers le soin si nécessaire.
3. Infirmier·e	Prise de sang, examens paramédicaux (taille, poids, tension, ECG, vision, audition, souffle...), échange sur les habitudes de vie.
4. Collation	Lieu d'attente convivial accessible permettant d'échanger. Collation renforcée pour les jeunes sans hébergement.
5. Médecin	Examen clinique, échange sur l'état de santé, conditions de vie, santé mentale, santé sexuelle. 2-3 messages de prévention priorités. Orientations.

Les jeunes sont accueilli·e·s par groupe de 5, une fois par mois, accompagné·e·s par un·e bénévole MdM qui reste présent·e toute la matinée. Les horaires sont calés pour permettre aux jeunes d'aller déjeuner ensuite au restaurant solidaire.

Étape 4 : Résultats et vaccination (CFPD)

Trois semaines après l'EPS, les jeunes sont à nouveau accompagnés par MdM au CES où le CFPD tient une permanence (1 jour/mois) :

- Remise et explication des résultats des analyses.
- Traitement si nécessaire.
- Rattrapage vaccinal selon le calendrier français.
- Orientation vers les services spécialisés du CHU en cas de diagnostic (hépatite, bilharziose...).
- Orientation vers le CLAT pour le dépistage de l'infection tuberculeuse latente.

Étape 5 : Orientation vers le·a médecin généraliste

Orientation systématique vers un·e médecin généraliste identifié·e par MdM pour inscrire le·a jeune dans un parcours de soins. Le compte-rendu de l'EPS est transmis au· à la médecin généraliste pour faciliter la première consultation et le suivi.



TÉMOIGNAGE.

« Ce qui était important, c'est que ce ne soit pas juste un coup comme ça, on fait le bilan de santé, puis après il n'y a pas de solution. Le fait que ce soit un parcours et que Médecins du Monde oriente vers des médecins généralistes, qu'il y a le centre de vaccination qui prépare des rendez-vous au CHU... ça a du sens que ça s'inscrive dans ce parcours. » — Chargée relations partenariales, CES.

La préparation : un élément clé

L'expérience a montré l'importance cruciale de bien préparer les jeunes en amont, notamment sur des sujets qui peuvent générer des appréhensions, comme la prise de sang, la vaccination ou la radiographie.

La prise de sang

La majorité des jeunes n'a jamais eu de prise de sang. Plusieurs représentations et peurs ont été identifiées :

- Peur de la quantité de sang prélevée et incompréhension des « plusieurs tubes ».
- Croyance que le sang ne se refabrique pas.
- Gêne à l'idée que le sang soit « jeté » après analyse.
- Peur d'avoir mal.
- Incompréhension de l'intérêt d'une prise de sang quand on n'est pas malade.



TÉMOIGNAGE.

« Certain·e·s aussi sont gêné·e·s par l'idée qu'on va jeter le sang après. Ils ont l'impression par exemple que le sang, ça ne se refabrique pas. Donc, on insiste sur le fait que le corps refabrique du sang. » — Chargée relations partenariales, CES.

La vaccination

Des idées reçues circulent parmi les jeunes, parfois alimentées par des rumeurs :

- Méconnaissance de ce que sont les vaccins et de leur utilité.
- Peurs liées à des rumeurs (« ils-elles veulent nous stériliser »).
- Représentations culturelles différentes de la prévention.



TÉMOIGNAGE.

« Il y a plein d'idées reçues, ils ne savent pas trop ce que c'est que les vaccins, ils ne comprennent pas. Ils ont des peurs comme "ils veulent nous stériliser". Ils n'ont pas du tout les mêmes représentations que chez nous. Donc l'idée, c'était que le centre puisse faire des séances. Sauf que ce qui a été intéressant, c'est que je l'ai retravaillé avec Médecins du Monde pour qu'elles soient vraiment bien adaptées. »
— Chargée relations partenariales, CES.

L'importance du temps en amont (fiche CAPS) : *« Il y a plein d'idées reçues, ils ne savent pas trop ce que c'est que les vaccins, ils ne comprennent pas. Ils ont des peurs comme "ils veulent nous stériliser". Ils n'ont pas du tout les mêmes représentations que chez nous. Donc l'idée, c'était que le centre puisse faire des séances. Sauf que ce qui a été intéressant, c'est que je l'ai retravaillé avec Médecins du Monde pour qu'elles soient vraiment bien adaptées. »* — Chargée relations partenariales, CES.

Pour répondre à ces enjeux, le CES anime une séance de sensibilisation spécifique avant chaque session d'EPS, co-construite avec MdM et adaptée au public. Des supports visuels traduits en anglais et en arabe ont été créés. Il est aussi possible pour MdM de faire appel à ISM-interprétariat par téléphone pour cette séance de présentation.

Ce qui fait la réussite du partenariat

Facteurs de succès identifiés

- Bonne préparation en amont : plusieurs réunions, échanges, co-construction des supports.
- Volonté partagée de s'adapter des deux côtés.
- Communication efficace et interlocuteur·rice·s limité·e·s.
- Prise en compte des contraintes de chacun·e (calendrier, disponibilité, délais).
- Bilans réguliers entre partenaires pour ajuster le parcours.
- Compréhension de l'environnement et des conditions de vie des jeunes.



TÉMOIGNAGE.

« Je pense que c'est une bonne préparation en amont, des rencontres, des échanges. C'est aussi la volonté de chacun et chacune de s'adapter, de comprendre un peu l'environnement de ces jeunes. » — Chargée relations partenariales, CES.

L'importance de l'accompagnement par les bénévoles

La présence des bénévoles MdM tout au long du parcours est un élément clé :

- Réduit l'absentéisme : les jeunes sont rappelés en amont du RDV et savent qu'ils-elles retrouveront un visage connu.
- Rassure dans un environnement médical impressionnant.
- Fait l'interface entre la situation des jeunes et le personnel médical.
- Facilite la transmission d'informations (nouveau médecin généraliste trouvé, papiers oubliés...).
- Permet d'occuper les temps d'attente (jeux, discussion).



TÉMOIGNAGE.

« L'avantage avec Médecins du Monde, c'est qu'il y a des bénévoles qui sont professionnels de santé ou qui connaissent bien cet environnement-là. Et puis cette posture, cette ouverture, cette compréhension de l'environnement des jeunes, c'est une sacrée force. » — Chargée relations partenariales, CES.

Résultats et perspectives

Résultats de l'expérimentation de 2024 (données MdM)

- ➔ 37 jeunes inclus
- ➔ 84 problématiques de santé
- ➔ 6 sessions entre avril et décembre 2024

Les EPS ont permis d'identifier de nombreuses problématiques de santé (dentaires, psychologiques, oculaires, auditives, infectieuses...), ce qui révèle la pertinence de proposer ce parcours au public MNA qui échappe habituellement à ce type de bilan.

Au termes de ce parcours, les MNA sont orientés vers le médecin généraliste qui dispose de l'ensemble des éléments du bilan et d'un rattrapage vaccinal déjà amorcé. Ces acquis facilitent aussi pour MdM l'accompagnement dans le parcours de soins en évitant des accompagnements physiques qui sont habituellement mis en place après la première consultation de médecine générale.

Suite à un questionnaire de satisfaction proposé aux jeunes par MdM, leurs retours sont positifs : ils-elles apprécient la compréhension des messages transmis, l'intérêt porté à leur santé, la présence des bénévoles et la dynamique de groupe avec leurs pairs.

Freins et leviers identifiés (fiche CAPS)

✗ Freins/risques

- Ressources de salarié·e·s et bénévoles importantes et qualification nécessaire.
- Une logistique à cotravailler (calendrier, horaires, espaces).
- Instabilité de la situation administrative du public MNA (risque de « perdus de vue », renoncements).

✓ Leviers

- (Re)connaissance et intégration dans l'écosystème du public cible.
- Travail en collégialité (accord sur le fond et la forme).
- Engagement de l'ensemble des équipes et adaptabilité.
- Prise en compte des besoins individuels et collectifs des jeunes.
- Connaissances et compétences individuelles des jeunes.

Conditions de reproductibilité

Pour reproduire ce type de partenariat, plusieurs conditions semblent nécessaires :

- Une structure associative capable d'assurer la médiation en santé et l'accompagnement physique.
- L'engagement bénévole de professionnel·le·s santé formé·e·s, connaissant bien le public et ses conditions de vie.
- Un CES et un CFPD volontaire pour s'adapter (horaires, supports, dérogation administrative).
- Du temps investi dans la préparation et les bilans réguliers.
- Une inscription dans un parcours global avec recherche de médecin généraliste en aval du parcours.



TÉMOIGNAGE.

« Il faut qu'il y ait une volonté au niveau de l'équipe du centre de passer du temps à ça. Parce que ça prend quand même du temps pour peu de rendez-vous. Mais c'est important cette souplesse dans l'organisation et les moyens accordés pour ce parcours » — Chargée relations partenariales, CES.

Enseignements clés (fiche CAPS)

Les réponses se sont trouvées dans les stratégies et méthodes connues en prévention et promotion santé :

- Partager un cadre commun de valeurs, d'objectifs définis ensemble.
- Co-élaborer, suivre et évaluer sur les différentes étapes.
- Considérer l'individu avec la perspective de sa trajectoire de vie.
- Adapter l'offre, les moyens aux besoins et réalités du public cible.
- Engager et former si nécessaire les équipes accompagnatrices pour une culture partagée.
- Médiation en santé.
- Mobilisation par les pairs.



À RETENIR. Conclusion (fiche CAPS).

« L'expérimentation a montré qu'il est possible de coordonner un suivi en termes de santé et de prévention pour le public cible, malgré une absence préalable de cadre administratif. Pour les institutions, à l'image de l'Assurance maladie, cela invite à penser les missions et activités sous l'angle de la territorialité et de parcours considérant l'environnement global de l'individu. »

En résumé

Le parcours EPS en bref

- **Objectif** : Co-construire un cadre d'accès à la prévention pour les MNA en recours, malgré un cadre administratif contraignant.
- **Parcours en 5 étapes** : Préparation MDM → Sensibilisation par le CES → Dépistage TB → EPS (2 h 30 - 3 h) → Résultats/vaccination → Médecin généraliste.
- **Partenaires** : MDM (médiation en santé) + CES CPAM (prévention) + CFPD CHU (consultation médicale) + CLAT + écosystème territorial.
- **Clés de réussite** : Préparation en amont, accompagnement bénévole, adaptabilité, parcours global avec médecin généraliste.

Ressources et documents utiles

- Fiche de capitalisation CAPS « Accueil des MNA : co-construction d'un parcours prévention », Anaïs Rio, mai 2025, www.capitalisationsante.fr.
- Questionnaire de santé simplifié adaptés aux MNA.
- Livret de présentation du CES (traduit en anglais et arabe).
- Support de la séance de sensibilisation.
- Coupons Parcours EPS avec dates des RDV.
- Courrier d'orientation vers le médecin généraliste.

B.7 - Fiche d'activité : la pair-aidance

Impliquer des jeunes ayant vécu une expérience similaire pour renforcer l'accueil et l'accompagnement.



TÉMOIGNAGE.

« Lorsque je suis devenu bénévole pair, j'étais encore mineur. J'avais moi aussi des difficultés. Mais je voulais faire cela car j'aime parler pour les sans-voix. J'aime être là pour ceux qui ne sont pas entendus. » — Ancien bénévole pair.

Définition et principes

Qu'est-ce que la pair-aidance ?

La pair-aidance désigne l'implication de personnes ayant vécu une expérience similaire à celle du public accompagné dans les activités d'accueil, d'information et de soutien. Dans le programme MNA, les bénévoles pairs sont des jeunes (anciens ou actuels MNA) qui participent aux activités aux côtés des bénévoles adultes et des salarié·e·s.

Le terme « pair » signifie « semblable » : les bénévoles pairs partagent avec les jeunes accueilli·e·s une expérience commune du parcours migratoire, de l'évaluation de minorité, de la précarité et parfois de la rue.

Pourquoi intégrer des bénévoles pairs ?

- **Valoriser le savoir expérientiel**
L'expérience vécue constitue une expertise à part entière, complémentaire des savoirs professionnels.
- **Adapter la communication**
Les bénévoles pairs utilisent les mêmes références culturelles, parlent parfois la même langue, et savent comment expliquer les choses de manière accessible.
- **Enrichir l'analyse**
Les bénévoles pairs apportent des points de vue différents lors des réunions d'équipe, une connaissance concrète du terrain et une perception de ce qui est vécu par les autres usagers que les bénévoles adultes n'ont pas.
- **Faciliter la confiance**
Les jeunes accueilli·e·s sont plus facilement à l'aise avec quelqu'un qui leur ressemble et a traversé les mêmes épreuves.
- **Créer un effet miroir**
Échanger avec un·e pair qui est en posture d'aide et de soutien, malgré sa propre situation complexe, donne de l'espoir.

**LE PRINCIPE FONDATEUR : FAIRE AVEC, PAS POUR.**

La pair-aidance s'inscrit dans la démarche globale de renforcement des capacités d'agir : il s'agit de faire avec les personnes concernées, pas pour elles ou à leur place. Les bénévoles pairs ne sont pas de simples exécutants mais des acteurs à part entière du programme, qui contribuent à sa conception et à son amélioration.

**TÉMOIGNAGE.**

« C'est un truc quand tu le vis, ça t'aide à comprendre un peu les gens. Ça aide à développer mon esprit et ma façon de vivre dans la société. » — Bénévole pair.

Les missions des bénévoles pairs

Activités pendant les permanences

- Participer à l'installation de la salle (boissons, gâteaux, espace d'accueil, coupons d'inscription) et au rangement.
- Distribuer les coupons d'inscription à l'arrivée des jeunes et les aider à les remplir si nécessaire.
- Animer le mot d'accueil collectif (si souhaité).
- Accueillir les nouveaux·elles jeunes : présenter MdM, informer sur les lieux d'aide.
- Participer aux ateliers collectifs, susciter la participation et la dynamique de groupe.
- Être attentif·ve aux jeunes présent·e·s, favoriser le lien entre pairs, repérer les situations d'isolement.
- Partager ses expériences et connaissances pour expliquer les démarches (trouver un lieu, obtenir une carte pour le courrier, utilité de l'AME, rôle du médecin...).

**TÉMOIGNAGE.**

« J'ai vraiment aimé les accompagnements parce qu'en partant avec le jeune, il se confie un peu à toi, il s'intéresse à ton expérience. Il y a un vrai échange d'expérience. » — Bénévole pair.

Accompagnements physiques

→ Vers les lieux d'aide

- Accueil de jour – Espace TAMO/La R'ssouce.
- Cimade (aide juridique).
- Restaurant Aurore.
- Distributions alimentaires (Talensac).

→ Vers les lieux de soins

- Prise de sang (laboratoire).
- Radiographie pulmonaire.
- Cabinet médical (*sans participer à la consultation*).
- Service d'imagerie.

**LA PLUS-VALUE DES PAIRS DANS LES ORIENTATIONS.**

- Connaissance concrète des lieux : le restaurant Aurore, les accueils de jour, les distributions alimentaires... Les pairs savent où ils se situent et ce qui s'y passe vraiment.
- Conseils pratiques : comment ça fonctionne, à quelle heure arriver, ce qu'il faut apporter, comment s'adresser aux personnes sur place.
- Accompagnement physique : les pairs peuvent aller avec les jeunes jusqu'au lieu pour les introduire et les présenter aux équipes.
- Réduction de l'intimidation : arriver dans un nouveau service accompagné d'une personne qui connaît déjà les lieux et les gens rend les choses moins intimidantes.
- Renforcer la confiance en soi : voir un·e autre jeune en mesure de réaliser des démarches en autonomie permet de se projeter dans le fait de le faire par soi-même.

Ce que les bénévoles pairs ne font pas**Limites posées pour protéger les bénévoles pairs :**

- ✗ ***Pas de participation aux entretiens individuels approfondis ni aux consultations médicales*** : les situations partagées peuvent être trop lourdes émotionnellement pour un·e jeune qui vit lui-elle-même une situation difficile. Dès que ça touche au confidentiel ou aux problématiques de santé, le·a bénévole pair est sorti·e du parcours.
- ✗ ***Pas de promesses impossibles à tenir*** : informer et orienter, mais ne pas créer de faux espoirs. « *Je me suis dit je ne peux pas lui promettre des choses et je lui ai conseillé d'aller voir les assos.* »
- ✗ ***Pas de partage de sa propre situation personnelle*** : rester bref dans la présentation, ne pas raconter sa vie. Si trop de questions arrivent, en référer à un adulte de l'association.

**TÉMOIGNAGE.**

« *Je me souviens d'un autre bénévole pair qui ne voulait pas que les autres jeunes pensent qu'il "se croyait au-dessus" parce qu'il était bénévole à MdM, alors qu'il vivait la même situation qu'eux (la rue). L'équipe de MdM l'a donc accompagné en lui conseillant d'être très sobre dans sa présentation: "Reste bref, ne parle pas de ta vie ni de ta situation".* » — Ancien bénévole pair.

Focus : L'accueil d'un·e nouveau·elle jeune

L'accueil d'un·e nouveau·elle jeune à MdM pendant une permanence se fait en 3 étapes complémentaires, dont la première est assurée par les bénévoles pairs :

Étape 1	Présenter MdM. <i>Bénévoles pairs.</i>
Étape 2	Entretien de pré-accueil. <i>Bénévoles adultes.</i>
Étape 3	Orienter vers les lieux d'aide. <i>Bénévoles pairs et bénévoles adultes.</i>

Les premières étapes de l'accueil (par le·a bénévole pair)

- **Être bienveillant·e et accueillant·e**
Proposer de l'eau, une boisson, des gâteaux.
- **Se présenter**
« Je suis bénévole à MdM et je suis un·e jeune dans la même situation que toi. »
- **Installer la personne**
Proposer de prendre une place et d'attendre un peu.

Présenter Médecins du Monde avec ses mots

- **C'est quoi MdM ?**
 - Une association indépendante
 - Ce n'est pas la police
 - MdM ne te juge pas
 - Rien n'est obligatoire : on donne de l'information mais c'est toi qui décides
- **C'est quoi MdM ?**
 - Venir les lundi et jeudi après-midi
 - Rencontrer d'autres jeunes
 - Te reposer
 - Poser des questions
 - Avoir des discussions sur la santé
 - Être reçu·e en entretien individuel
 - Être accompagné à tes rendez-vous
- **La santé, c'est quoi ?**
 - Manger, se laver, se vêtir
 - Trouver un hébergement
 - Obtenir une couverture maladie (AME)
 - Avoir un docteur
 - Et aussi la santé mentale
- **Partager son expérience**
 - « Moi aussi je suis passé·e par là. »
 - « J'ai été dans la même situation que toi. »
 - « C'est difficile mais il ne faut pas perdre espoir. »
 - « Il ne faut pas rester seul·e. »
 - « Il faut s'occuper pour chasser le stress et aller voir les associations. »

Utiliser des mots simples et une communication facile. Ne pas faire de fausses promesses. Expliquer la réalité de la situation. Laisser la parole à la personne. Rassurer sur la confidentialité : ce qui se dit à MdM reste à MdM.

Le cadre du bénévolat-pair

Qui peut devenir bénévole pair ?

- **Critères indispensables**
 - Être volontaire
 - Être disponible (1 fois/semaine minimum)
 - Ancienneté : présent·e régulièrement depuis 1 mois ou avoir fréquenté plus de 10 permanences
 - Adhérer à la charte d'engagement

- **Critères favorables (non rédhibitoires)**
 - Lire le français ou l'anglais
 - Disponible psychologiquement
 - Avoir un hébergement
 - *Un jeune à la rue peut devenir bénévole pair.*



INCLURE DES JEUNES EN SITUATION DIFFICILE.

MdM a fait le choix d'inclure dans le dispositif de pair-aidance des jeunes qui sont eux-mêmes encore dans une situation difficile, y compris des jeunes à la rue ou en squat. Ce choix repose sur la conviction acquise par la pratique que l'expérience vécue constitue une expertise précieuse, et que l'engagement bénévole peut être une source de valorisation et de développement personnel, y compris dans des moments de grande précarité. Le·a jeune reste un·e usager·e de MdM même lorsqu'il·elle est bénévole pair, son engagement exige de l'association une flexibilité, une souplesse et un accompagnement.

4.2 Engagements réciproques (charte)

- **MdM s'engage à...**
 - Accueillir et accompagner le bénévole pair tout au long de son engagement.
 - Dispenser une formation initiale.
 - Se rendre disponible pour faire le point.
 - Permettre de participer aux espaces d'expression de MdM.
 - L'accueillir aussi en tant qu'utilisateur·e quand il·elle en a besoin.
 - Remettre une attestation de bénévolat.
 - Désigner un·e tuteur·rice au sein de l'association.

- **Le bénévole pair s'engage à...**
 - S'engager pour 6 mois (possibilité d'arrêter avant)
 - S'impliquer au moins 1 fois/semaine
 - Informer son tuteur en cas d'absence
 - Être présent·e à la formation initiale et aux réunions
 - Respecter la confidentialité et le non-jugement
 - Collaborer avec respect avec l'équipe
 - Adhérer aux valeurs de MdM

La formation des bénévoles pairs

Une formation-action de 2 heures est proposée aux nouveaux bénévoles pairs. Elle a pour objectifs de renforcer leurs compétences et de s'accorder sur les modalités de travail.

Contenu de la formation

Durée	Objet	Contenu
15 min	Introduction	Définition pair-aidance (photolangage), cadre du bénévolat, présentation MdM.
45 min	Permanences d'accueil	Étapes de l'activité, place souhaitée, outils nécessaires, mises en situation.
45 min	Accompagnements	Associations cibles, accompagnements médicaux, modalités de transmission.
15 min	Conclusion	Retours, récapitulatif, questions.

Les mises en situation (jeux de rôle)

La formation inclut des mises en situation (jeux de rôle en mode théâtre forum) pour préparer les bénévoles pairs aux situations concrètes qu'ils rencontreront :

- **SITUATION 1 : Un nouveau jeune arrive**
On est lundi, pendant une permanence. Tu es nouveau et tu passes la porte de Médecins du Monde. Tu es un peu perdu et tu ne connais personne. Tu t'es retrouvé à la rue vendredi soir après le rejet de ta minorité. Tu n'as nulle part où manger, tu n'as pas mangé depuis hier matin. Tu dors dehors depuis vendredi soir, et tu es venu demander un endroit où dormir.
→ *Comment l'accueillir ?*
- **SITUATION 2 : Un jeune refuse l'aide du pair**
On est jeudi, pendant une permanence. Un jeune remplit une demande de produits d'hygiène. Un bénévole pair vient vers lui avec le papier, et lui demande de quoi il a besoin. Mais le jeune ne veut pas que ce soit lui qui réponde à sa demande. Il veut voir un salarié qu'il connaît déjà.
→ *Comment réagir ?*
- **SITUATION 3 : Conflit pendant un atelier**
On est lundi, pendant une permanence. Une discussion est organisée sur le tabac. Musa dit que fumer le cannabis ce n'est pas grave, c'est même drôle. Un autre jeune n'est pas d'accord. Pour lui, fumer, c'est très mal. Il pense que ceux qui fument ne sont pas de bons croyants. Musa n'est pas d'accord, et ils commencent à s'énerver.
→ *Comment apaiser la situation ?*



TÉMOIGNAGE.

« En temps normal, je me serais énervé mais je me suis rappelé ce que le coordinateur de MdM m'avait dit. J'ai pris de la distance et j'ai pu donner le relais à une salariée. » — Bénévole pair.



LE-A BÉNÉVOLE PAIR ET SA COMMUNAUTÉ EN DEHORS DE MDM.

Les bénévoles pairs partagent une situation similaire à celle des jeunes accompagnés par le programme et fréquentent souvent les mêmes espaces d'aide et de socialisation. Dès leur engagement, MdM les sensibilise à une spécificité de leur rôle : en tant que personnes ressources identifiées, ils peuvent être sollicités par d'autres jeunes en dehors de leurs heures de bénévolat, ce qui peut s'avérer intrusif.

Il leur est précisé qu'ils ont le droit de refuser les demandes formulées hors des permanences, tout comme les adultes intervenant dans le programme, qui peuvent eux aussi croiser des jeunes en difficulté dans leur quotidien. La recommandation reste la même pour tous : accueillir la demande avec bienveillance, mais orienter la personne vers les permanences de MdM pour une prise en charge adaptée.

Contrairement aux bénévoles adultes, les pairs peuvent également faire face à des pressions communautaires. MdM les informe que l'équipe de coordination du programme est disponible pour les soutenir en cas de difficulté liée à leur engagement.

Les apports de la pair-aidance

Pour les jeunes accueillis

- **Confiance facilitée**
Les jeunes se confient plus facilement à quelqu'un qui a vécu la même chose.
- **Communication adaptée**
Mêmes références culturelles, parfois même langue, accessibilité des explications.
- **Modèle identificatoire**
Voir un-e pair qui s'engage redonne espoir et montre que le chemin est possible.
- **Introduction rassurante**
Être accompagné-e par un-e pair vers une nouvelle structure facilite le premier contact.

Pour les bénévoles pairs eux-mêmes

- **Développement de compétences** : aisance relationnelle, adaptation de la communication, prise de parole, gestion des émotions.
- **Confiance en soi renforcée** : « *Ce rôle m'a donné confiance en moi et m'a aidé à développer des compétences sur le plan relationnel.* »
- **Sentiment d'utilité et de reconnaissance** : « *C'est intéressant de faire ce genre de boulot, ça m'aide à maîtriser mes émotions.* »
- **Expérience valorisable** : attestation de bénévolat, compétences transférables.
- **Maintien du lien** : rester en lien avec MdM tout en changeant de posture, avec les autres jeunes même en dehors des permanences.

**TÉMOIGNAGE.**

«J'ai appris à savoir adapter ma manière de parler, à pouvoir doser ma parole en fonction des personnes à qui je m'adresse. Aujourd'hui, je suis délégué de classe, membre du conseil de discipline, et je viens de participer à un concours d'éloquence.»

— Ancien bénévole pair.

Paroles des bénévoles pairs

Les témoignages des bénévoles pairs éclairent ce que représente cet engagement, ses motivations et ses apports :

**TÉMOIGNAGES.**

Sur la motivation : «J'aime parler pour les sans-voix. J'aime être là pour ceux qui ne sont pas entendus.» — Bénévole pair.

Sur le juste milieu : «Mets-toi à la place des jeunes. Aide-les s'il faut et oriente-les s'il faut. C'est important de trouver le juste milieu. Il ne faut pas faire trop. Et on ne peut pas non plus tout donner. Il ne faut pas s'épuiser.» — Bénévole pair.

Sur les conseils aux autres : «Je commence par leur dire de ne pas juger une personne avant de la connaître. D'être patient. De prendre de la distance.» — Bénévole pair.

Sur le lien : «Il faut créer du lien et ne pas se concentrer uniquement sur des actions. Lorsqu'on est parti des siens, de sa famille, on cherche une terre bienveillante et accueillante. Et on a besoin de se reconnecter avec les gens.» — Bénévole pair.

En résumé**La pair-aidance en bref**

- **Principe** : Faire AVEC, pas POUR. Valoriser le savoir expérientiel.
- **Missions** : Accueil des nouveaux-elles, présentation MdM, ateliers, accompagnements vers lieux d'aide et de soins.
- **Cadre** : Engagement 6 mois, 1 fois/semaine, formation 2 h, réunions, tuteur·rice dédié·e.
- **Limites** : Pas d'entretiens individuels approfondis, pas de promesses, pas de partage de sa situation personnelle.
- **Enseignement clé** : «Le lien, ça redonne de l'espoir.» La pair-aidance permet aux jeunes de voir que des choses sont possibles, tout en développant les compétences des bénévoles pairs eux-mêmes.

Ressources et outils pour conduire l'action

- Charte du bénévole pair (engagement réciproque Mdm/bénévole pair).
- Guide de rencontre des candidats bénévoles pairs.
- Support de formation-action.
- Mises en situation pour les jeux de rôle.
- Fiche « Présenter Mdm à un nouveau jeune ».
- Fiche « Rôle des pairs pendant les permanences ».

Une vidéo de témoignage de bénévoles pairs intitulée « Parole de bénévoles pairs du programme MNA de Mdm à Nantes » (<https://youtu.be/Vi6LzeObRTE>) a été réalisée en 2021.

C.1 - Fiche thématique : la posture dans l'accompagnement des MNA

Compétences relationnelles et savoir-être de l'accompagnant·e

Introduction

L'accompagnement des mineur·e·s non accompagné·e·s en recours repose sur une posture professionnelle spécifique qui constitue le socle de toute intervention efficace. Au-delà des compétences techniques (connaissance des droits, du système de santé, des dispositifs locaux), ce sont les compétences relationnelles et le savoir-être qui déterminent la qualité de l'accompagnement et son impact sur le parcours des jeunes.

Cette fiche présente les principes fondamentaux de la posture d'accompagnement développée dans le cadre du programme de médiation en santé, en s'appuyant sur l'expérience accumulée et les témoignages recueillis auprès des équipes et des jeunes accompagnés.

Les valeurs fondamentales

La posture d'accompagnement s'ancre dans un ensemble de valeurs qui guident chaque interaction avec les jeunes.

Valeur	Mise en pratique
Non-jugement	Accueillir la personne telle qu'elle est, sans porter de regard moral sur ses pratiques, ses choix ou son parcours. Ne pas poser de jugement sur la minorité des jeunes accueilli·e·s. Créer un espace où toutes les questions sont entendables.
Bienveillance	Manifester une attention sincère au bien-être de la personne. Adopter un regard positif et non victimisant. Créer un climat accueillant et chaleureux dès le premier contact : « Tu es le·a bienvenu·e et tu seras toujours le·a bienvenu·e. »
Respect	Respecter les choix de la personne, sa temporalité, ses différences culturelles. Garantir la confidentialité des échanges.
Libre adhésion	Le·a jeune vient s'il le souhaite. Pas d'obligation de s'inscrire dans un parcours de soins complet ou immédiatement. La participation aux activités reste volontaire.



TÉMOIGNAGE.

« On leur dit toujours : nous, on n'est pas là pour évaluer ta minorité, on est là pour travailler sur ta santé. Mais au-delà de ça, ils entendent aussi dans les groupes collectifs, quand on parle de sexualité par exemple, on ne va pas les juger. Il n'y a pas de mauvaise question, tout est entendable. » — Bénévole MdM.

L'horizontalité : une relation d'égal à égal

La posture d'accompagnement se distingue fondamentalement d'une posture de « sachant·e ». Il s'agit d'établir une relation horizontale où les connaissances et l'expérience du·de la jeune sont reconnues et valorisées.

- **Reconnaître le savoir expérientiel** : les jeunes possèdent des connaissances précieuses issues de leur vécu, de leur parcours migratoire et de leur vie en France.
- **Éviter la posture surplombante** : ne pas se positionner en expert de la vie du·de la jeune. Accepter de ne pas tout savoir.
- **S'appuyer sur les ressources du·de la jeune** : reconnaître dès la première rencontre les capacités d'agir de la personne et les valoriser.
- **Favoriser l'entraide entre pairs** : les jeunes peuvent se soutenir mutuellement et partager leurs « bons plans ».



TÉMOIGNAGE.

« Sur la connaissance des jeunes, des choses nous échappent. On n'a pas besoin d'être expert de leur vie. Par contre, entre eux, du coup, il va y avoir une solidarité. C'est une des spécificités : s'appuyer sur le vécu des jeunes, les bons plans qu'ils ont. » — Responsable des activités médico-psycho-sociales MdM.

Les compétences relationnelles

Au-delà des connaissances techniques, un accompagnement efficace requiert un ensemble de compétences relationnelles qui se développent avec l'expérience et la formation.

Compétence	Description
Écoute active	Dépasser l'écoute technique pour une écoute humaine. Ne pas interrompre, faire des relances, utiliser la reformulation.
Empathie	Se mettre à la place du·de la jeune pour comprendre sa situation sans se laisser submerger émotionnellement.
Communication adaptée	Utiliser un langage simple. Adapter son vocabulaire. Recourir à l'interprétariat. Faire reformuler.
Patience	Prendre le temps nécessaire. Accepter la répétition des informations. Respecter les silences.
Réassurance	Accueillir et valider les émotions exprimées. Rassurer le·a jeune face à ses angoisses. Manifester une confiance en ses capacités.

La sécurisation : créer un cadre protecteur

La sécurisation opère à deux niveaux : la sécurisation du·de la jeune accompagné·e et la sécurisation des accompagnant·e·s.

↳ **Exemples de supports d'informations adaptés**

Parfois, ce dont les jeunes ont le plus besoin, ce sont des informations accessibles, expliquées de manière claire et adaptée. Des schémas, des cartes, des dessins ou des affiches peuvent rendre le complexe simple.

- **Expliquer l'AME simplement.** Une fiche visuelle explique le parcours d'obtention de l'Aide médicale de l'État : les étapes, les documents nécessaires, les lieux où se rendre, avec des pictogrammes et des photos des bâtiments.

- **Se repérer dans la ville.** Des fiches d'orientation vers les lieux ressources (CPAM, CCAS) incluent l'adresse, les horaires, une photo de l'entrée du bâtiment et une carte avec l'itinéraire en transports en commun.

- **Adapter les supports de sensibilisation.** Lors des ateliers santé du groupe filles, les planches anatomiques habituelles n'étaient pas adaptées : les jeunes filles ne s'y reconnaissaient pas, et le niveau de détail était perçu comme trop intrusif. L'équipe a trouvé des alternatives : planches schématisées, images de femmes d'origines variées, outils participatifs.

«Au départ, on avait voulu utiliser des photos. C'était beaucoup trop intrusif. Donc, des choses plus douces.» — Bénévole MdM.

Sécuriser le·a jeune

- **Le lieu comme refuge** : l'espace d'accueil doit être perçu comme un havre de paix où le·a jeune peut se poser et être reconnu·e.
- **La confidentialité** : garantir que les informations partagées restent confidentielles.
- **La régularité** : proposer des repères temporels stables (permanences régulières, horaires fixes).
- **La stabilité de l'équipe** : maintenir un noyau stable de personnes permet la continuité du lien.



TÉMOIGNAGE.

« Ce n'est pas seulement cette bénévole, c'est pour tout le monde. Parce que je me sens à l'aise. Comme si on ressentait la paix là. Parce que tu vois qu'ils sont à l'écoute. C'est un lieu apaisant ici. » — Jeune fille MNA.

Sécuriser les accompagnant·e·s

- **Le cadre institutionnel** : briefing et débriefing systématiques, travail en binôme, analyse des pratiques régulière.
- **L'accompagnement progressif** : les nouveaux·elles commencent en observation puis en binôme avec une personne expérimentée.
- **La sensibilisation et la formation** : proposer un socle de formation de base et des formations tout au long du parcours bénévole (formations interne ou pas des acteurs extérieurs).
- **L'équipe Médecins du Monde** : limiter les relations duelles dans l'accompagnement proposé et expliquant aux jeunes qu'il sont accompagnés par l'ensemble de l'équipe MdM.
- **L'analyse des pratiques** : des séances régulières permettent de déposer les situations difficiles, d'avoir des clés de lecture et d'analyse pour adapter sa posture et améliorer les pratiques tout en se préservant.

La flexibilité et l'adaptation

L'accompagnement nécessite une grande capacité d'adaptation. La flexibilité n'est pas un abandon du cadre mais une adaptation intelligente.

- **Adapter le rythme** : respecter la temporalité du·de la jeune signifie accepter que certain·es auront besoin de plus de temps.
- **S'adapter aux contraintes** : intégrer les réalités du·de la jeune (précarité, procédures) : adapter les horaires, proposer différentes modalités de contact.

- **Être disponible :** être joignable à travers les permanences, via des appels ou messages WhatsApp et donner suite aux demandes formulées. Participer à la mise en sécurité des jeunes et à la création d'un lien de confiance.
- **Répondre aux situations urgentes :** être en capacité de réponse aux situations urgentes, dans un cadre permettant d'éviter l'épuisement.



POINT CLÉ.

Le « bon mélange » entre cadre strict et flexibilité est essentiel : être joignable tout en faisant la différence entre l'important et l'urgent, savoir différer une réponse, rendre les jeunes acteur·rice·s... Le cadre donne des repères sécurisants tandis que la flexibilité permet de s'adapter aux besoins individuels. L'un ne fonctionne pas sans l'autre.

L'interculturalité : comprendre et s'adapter

L'accompagnement des MNA implique une attention aux dimensions culturelles. Il ne s'agit pas de devenir expert de chaque culture, mais de développer une sensibilité interculturelle.

Comprendre les codes

- **Le rapport au temps :** la ponctualité n'a pas la même signification selon les cultures. Prévoir un temps d'accueil souple.
- **Le rapport à l'autorité :** certains jeunes peuvent avoir du mal à poser des questions face à une figure adulte perçue comme autoritaire.
- **Les tabous :** certains sujets (santé mentale, sexualité) peuvent être difficiles à aborder. Respecter les pudeurs.

Expliquer les codes français

- **L'explicitation des attentes :** ce qui est attendu dans un rendez-vous médical, comment s'adresser à une administration.
- **Les droits et les recours :** expliquer que l'on peut contester une décision, demander des explications.



ADAPTATION SPÉCIFIQUE : LE GROUPE FILLES.

Les jeunes filles représentent une faible part de la file active mais constituent un groupe vulnérable. Le programme a mis en place des ateliers non mixtes permettant d'aborder des sujets sensibles dans un cadre sécurisé.

Le « faire avec » : l'accompagnement vers l'autonomie

Le principe fondamental est de « faire avec » le·a jeune et non « à sa place ». Cette approche vise le renforcement de l'autonomie.

Les trois temps de l'accompagnement

Étape	Description
1. Informer et préparer	Expliquer les démarches, les lieux, les fonctionnements. Donner au·à la jeune les informations pour comprendre ce qui va se passer.
2. Accompagner et faire ensemble	Être présent·e lors des premières démarches. Montrer comment faire en faisant ensemble.
3. Réduire le soutien	Laisser le·a jeune faire seul·e tout en restant disponible. Proposer un accompagnement à distance.



TÉMOIGNAGE.

« Un point important dans l'autonomisation des jeunes, c'est de leur expliquer qu'ils sont acteurs de leur propre santé. En leur disant qu'il faut qu'ils comprennent ce qui se fait pour eux et qu'ils ont le droit de décider et de poser des questions. »
— Bénévole MdM.

Techniques concrètes

- **La répétition** : revenir régulièrement sur les mêmes informations pour ancrer les apprentissages.
- **La mise en situation** : proposer des « scénettes » pour s'entraîner (simuler une prise de rendez-vous).
- **Les outils visuels** : utiliser des fiches avec pictogrammes que le·a jeune peut consulter de manière autonome.
- **La transparence** : tenir le·a jeune informé·e de chaque étape de la démarche et ne pas partager d'information à des partenaires sans obtenir au préalable l'autorisation du·de la jeune.
- **La persévérance** : ne pas abandonner sans explorer plusieurs pistes de réponse aux besoins.
- **Communication diverse** : utiliser différents canaux (permanences, WhatsApp, appels, SMS) pour maintenir le lien.



TÉMOIGNAGE.

« Il y a eu des rendez-vous que j'ai partagés avec des bénévoles. Et puis, à un moment donné, j'ai appris à être seule chez le médecin. Je parlais toute seule. Là même, j'avais 17 ans. Je me suis débrouillée pas mal parce que j'avais envie déjà de savoir comment ça va se passer. » — Jeune fille MNA.

L'encouragement et la place à l'espoir

Malgré la précarité de leur situation, les jeunes accordent une grande importance aux encouragements. L'accompagnant·e joue un rôle essentiel dans le maintien de l'espoir.

- **Manifester la confiance** : rassurer le·a jeune et manifester une confiance en ses capacités.
- **Valoriser les progrès** : reconnaître chaque avancée, même modeste. Les petites victoires construisent la confiance.
- **Permettre de rêver** : l'espace d'accueil doit être un endroit où l'on peut imaginer un avenir meilleur.
- **Tenir ses engagements** : ne pas s'engager sur des promesses que l'on ne peut pas tenir.



TÉMOIGNAGE.

« Tout ce qu'ils m'ont dit au début, ils l'ont réalisé aujourd'hui. Ça me donne la confiance » — Jeune garçon MNA.

Le lien collectif plutôt qu'individuel

Une dimension importante consiste à construire un lien avec l'association et le collectif plutôt qu'avec un·e accompagnant·e spécifique.

- **Éviter la dépendance affective** : le travail en binômes tournants permet au· à la jeune de créer un lien avec l'équipe MdM plutôt qu'avec les membres qui la compose.
- **Préparer aux changements** : dès le premier contact, expliquer que l'accompagnement sera assuré par différentes personnes.
- **Les salariés comme fil rouge** : en tant que membres permanents de l'équipe MdM, les salarié·e·s sont une figure régulière pour les jeunes et ont une connaissance fine des parcours de chacun.
- **La continuité par les outils** : le dossier partagé (DPI) permet à chaque accompagnant·e de connaître la situation du·de la jeune.



TÉMOIGNAGE.

« Est-ce que le changement de bénévoles te dérange ? Non. Parce qu'ils sont tous la même personne. Tu ne ressens pas le vide là » — Jeune fille MNA.

Les vigilances et les limites

La posture d'accompagnement implique de connaître ses limites et d'exercer certaines vigilances.

- **L'intrusion** : ne pas poser de questions sur le parcours migratoire si le·a jeune ne les aborde pas spontanément.
- **La fascination** : être vigilant·e face à une fascination pour l'histoire des jeunes.

- **La surprotection** : ne pas « faire pour » le·a jeune sous prétexte d'aller plus vite.
- **L'accompagnement sans limite** : maintenir un cadre clair pour éviter l'épuisement.



TÉMOIGNAGE.

« Il ne faut pas des gens qui soient en souffrance personnelle. Je pense que c'est primordial. Il faut être vigilant·e quand on est dans une relation qui touche à la souffrance de l'autre, d'être au clair sur ce qu'il en est pour soi. Il ne faut pas s'engouffrer pour satisfaire ses besoins d'aider » — Partenaire LDH.

En résumé

La posture d'accompagnement des MNA en recours repose sur un équilibre subtil entre plusieurs dimensions complémentaires : la bienveillance et le cadre, la flexibilité et les limites, le soutien et l'encouragement à l'autonomie.

Les fondamentaux de la posture

- **Valeurs** : Non-jugement, bienveillance, respect, libre adhésion.
- **Compétences** : Écoute active, empathie, patience, réassurance.
- **Méthode** : Faire avec, progressivité, adaptation, flexibilité.
- **Relation** : Horizontalité, reconnaissance du savoir expérientiel.
- **Cadre** : Sécurisation, confidentialité, régularité, stabilité.
- **Objectif** : Autonomie, renforcement des capacités, espoir

« Cette posture n'est pas innée : elle s'apprend, se travaille en formation, se soutient en analyse des pratiques, se rappelle en briefing/débriefing. »

C.2 - Fiche thématique : la coordination du parcours d'accès à la santé, aux droits et aux soins

Construire un parcours coordonné et efficace pour les MNA.



TÉMOIGNAGE.

« C'est très important de ne pas travailler de manière isolée. Chaque association aborde un volet du jeune, un besoin spécifique. Il faut absolument travailler ensemble et harmoniser nos pratiques. Pour les jeunes, il faut de la cohérence. »

— Bénévole Mdm.

Finalité : un parcours coordonné au service des jeunes

L'objectif de la coordination n'est pas la coordination elle-même. Elle est au service d'une finalité : apporter une réponse aux besoins primaires (se loger, manger, se vêtir...) et secondaires (juridique, scolarité, activités...), construire un parcours d'accès aux droits et aux soins coordonné et efficace pour les MNA. Sans cette coordination, les jeunes se retrouvent face à un système fragmenté, multipliant les démarches, les répétitions et les risques de rupture.



LA COORDINATION : UN MOYEN, PAS UNE FIN.

La coordination entre acteur·rice·s permet de garantir aux jeunes un parcours fluide, où l'information circule, où chaque intervenant·e connaît ce qui a été fait avant et ce qui est prévu après. C'est cette continuité qui rend le parcours effectif et efficace.

C'est l'un des axes de la médiation en santé inclus dans le référentiel de la Haute Autorité de santé : « Faciliter la coordination du parcours de santé ».

Dans une approche de santé globale, l'accès aux droits (domiciliation, AME) et l'accès aux soins sont indissociables. La coordination doit articuler ces deux dimensions comme deux faces d'une même réponse aux besoins des jeunes. Il s'agit de ne pas cloisonner dimension médicale et dimension sociale.



NOTE : MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET NON MÉDECIN TRAITANT.

Dans cette fiche, le terme « médecin généraliste » (MG) est utilisé plutôt que « médecin traitant » (MT). En effet, les MNA en recours bénéficiant de l'AME ne s'inscrivent pas dans le parcours de soins coordonné de la sécurité sociale : l'AME ne prévoit pas de déclaration de médecin traitant. Les jeunes sont orientés vers un·e médecin généraliste de référence, qui assure un rôle comparable, sans le cadre administratif du médecin traitant.

↓ Les étapes du parcours d'accès aux soins et les domaines de prise en charge

► ÉTAPE 1 : ENTRÉE DANS LE PARCOURS DE SOINS

1. FTDA (évaluation)	2. TAMO (accueil de jour)	3. Médecins du Monde
<ul style="list-style-type: none"> Entretien infirmier Premiers soins urgents Demande AME initiée Fiche de liaison médico-sociale 	<ul style="list-style-type: none"> Premier accueil Attestation de suivi Domiciliation CCAS Mise à jour de l'adresse avec la CPAM Récupération numéro AME si disponible 	<ul style="list-style-type: none"> Accueil en collectif Entretien de pré-accueil Entretien d'accueil santé Évaluation des besoins Orientation parcours Entretiens de suivi

► ÉTAPE 2 : PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Parcours EPS (collectif)	Parcours MG (individuel)
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation par le CES (pendant permanence Mdm) Bilan de santé complet Radio pulmonaire (CHU) Lecture des résultats et vaccination (CFPD, 3 semaines après) Ateliers collectifs de promotion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Première consultation de médecine générale Puis, si absence de bilan de santé en amont : dépistage parasitose ; prise de sang, bilan sanguin ; radio pulmonaire. Rattrapage vaccinal

► DOMAINES DE PRISE EN CHARGES SPÉCIFIQUES *(activables à tout moment selon les besoins des jeunes)*

ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Accès soins et urgences	Prévention et spécialités
<ul style="list-style-type: none"> PASS (CHU) Médecins généralistes Laboratoires de biologie médicale Cabinets de radiologie Urgences du CHU SAMU/15 	<ul style="list-style-type: none"> CLAT (tuberculose) CFPD (prévention et dépistage) CeGIDD (IST/VIH) Centre de soins dentaires (CHU) CPMIT (infectieux) Autres spécialistes et services du CHU

SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

Soutien et première écoute	Orientation et suivi	Spécialisé
<ul style="list-style-type: none"> Espace d'accueil psychosocial (Mdm) Entretien d'accueil et de suivi (Mdm) Entretiens d'écoute et d'orientation de Mdm (CESaME 44 depuis mars 2024) Solipsy (ateliers de renforcement des CPS) Consultation jeunes consommateurs (ateliers collectifs) 	<ul style="list-style-type: none"> Urgences psychiatriques (CHU) PASS Psy CMP/CMPEA École des parents et des éducateurs Maison des adolescents Association Le Pas 	<ul style="list-style-type: none"> CRCT (transculturel) ELPP & EMPP (psychiatrie et précarité) Centre régional du psychotraumatisme CSAPA / CAARUD Lits halte soins santé

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET AFFECTIVE

Prévention et éducation	Soins et accompagnement
<ul style="list-style-type: none"> Ateliers vie affective et sexuelle du CES Ateliers du Planning familial 44 CeGIDD (dépistages IST/VIH) 	<ul style="list-style-type: none"> UGOMPS (CHU) Centre Simone Veil (IVG) Services reconstruction des mutilations génitales (CHU) Sage-femmes : suivi grossesse/contraception

Vue d'ensemble du parcours

Le parcours de santé et d'accès aux droits des MNA s'organise en deux volets complémentaires : un parcours de base, avec des étapes séquentielles (entrée dans le parcours, prévention et dépistage), et des domaines de prise en charge spécifiques (santé mentale, santé sexuelle, spécialités) qui peuvent être activés à tout moment selon les besoins du·de la jeune.

Ces dimensions ne s'inscrivent pas dans une séquence linéaire et figée. Elles sont imbriquées, mobilisables à différents moments du parcours, et activées en fonction des besoins exprimés par le·a jeune, de son état de santé et de l'évolution de sa situation.

Besoins primaires et secondaires

Comme évoqué dans ce rapport, l'accès aux droits à la santé et aux soins ne peut s'envisager sans une approche globale de la santé et de ses déterminants. De nombreux partenaires locaux sont donc également mobilisés pour apporter une réponse globale en santé.

→ Besoins primaires

- **Hébergement** : Foyer Broussais, hébergeurs solidaire, 115, haltes de nuit, accueils de jour.
- **Alimentation** : restaurant Aurore, Brin de causette, distributions alimentaires.
- **Hygiène** : Espace TAMO, La R'ssource, Agnès Varda, kits hygiène au restaurant Aurore.
- **Vêtements** : La Frat, l'Autre Cantine.

→ Besoins secondaires

- **Accès aux transports** : via le restaurant Aurore.
- **Accompagnement juridique** : Cimade, Gasprom.
- **Écoles citoyennes** : école JEM et école HLM.
- **Scolarisation** : ASCOFF44.
- **Sport, culture, loisir** : Espace TAMO, Dynamixt.



ÉVOLUTION.

Les activités du programme ont évolué dans le temps afin de s'adapter aux besoins observés sur le terrain et selon les activités transférées à des acteurs locaux :

- Depuis mars 2024, MdM a mis fin à son volet « Entretiens d'écoute et d'orientation en santé mentale » et oriente depuis vers CESaME 44 pour l'écoute psychologique.
- À partir d'avril 2025, l'accueil de jour jeunes migrants (ADJJM) de la mairie de Nantes assure le premier accueil, l'orientation pour les besoins fondamentaux et la domiciliation ; depuis cette date également, MdM n'intervient plus dans ses propres locaux mais au sein de l'ADJJM.

La coordination en action : construire des parcours fluides

Dans la pratique, les parcours d'accès à la santé, aux droits et aux soins sont imbriqués et nécessitent une coordination constante. C'est cette coordination qui fait la différence entre un système fragmenté où le·a jeune se perd, et un accompagnement fluide où l'information circule et les acteur·rice·s interviennent en complémentarité selon leurs domaines spécifiques.

L'interconnaissance : un levier pour la fluidité

Dans ce contexte, l'enjeu est l'existence d'une interconnaissance opérationnelle entre les différents acteur·rice·s. À Nantes, le collectif MNA 44 regroupe les associations militantes, très largement constituées de bénévoles et qui se trouvent en première ligne dans la réponse aux besoins des MNA. Les membres du collectif ont travaillé dans cette logique d'interconnaissance, qui permet d'identifier les champs d'intervention et les expertises de chacun·e, de repérer rapidement l'acteur·rice le·a plus pertinent·e selon la demande formulée par le·a jeune. Cette interconnaissance permet d'orienter de manière fluide les jeunes d'un·e acteur·rice à un·e autre, sans les laisser seuls face à un système fragmenté et évitant qu'une même demande soit traitée en parallèle par plusieurs acteur·rice·s.



TÉMOIGNAGE.

« Toutes les associations se sont présentées en disant aux familles : voilà, nous on fait ça, s'il y a tel problème, venez nous contacter. [...] Ça permet d'avoir un réseau de soutien et de savoir qui mobiliser en cas de difficulté. » — Présidente du collectif des hébergeurs solidaires.



À RETENIR.

Vers un·e acteur·rice référent·e pour les MNA en recours ?

Lorsqu'un·e MNA en recours est pris·e en charge par un dispositif dédié – comme le foyer Boussais – il·elle bénéficie d'un·e éducateur·rice référent·e qui a une vision globale de sa situation et coordonne l'ensemble de son parcours. Mais pour les jeunes qui ne sont pas pris·es en charge dans un tel dispositif, cette figure de coordination n'existe pas.

Piste à explorer : la désignation d'un·e acteur·rice référent·e avec une fonction de « fil rouge » qui assurerait la coordination globale du parcours pour les MNA non pris·es en charge par un dispositif dédié.

Points d'articulation droits/soins

La coordination entre accès aux droits et accès aux soins repose sur plusieurs points d'articulation concrets :

- **L'AME comme préalable à l'accès aux soins de ville.** L'ouverture des droits AME conditionne l'accès au médecin généraliste de ville. La coordination entre acteur·rice·s permet d'anticiper cette séquence en initiant la demande AME dès la phase d'évaluation de la minorité, avant même l'orientation vers MdM.
- **La fiche de liaison pour assurer la continuité.** Dès l'évaluation, les informations de santé recueillies lors de l'entretien infirmier sont transmises via une fiche de liaison. Cette transmission permet aux acteur·rice·s suivant·es (accueils de jour, Médecins du Monde) de disposer d'un premier état des lieux sans que le·a jeune ait à répéter son histoire et expliquer son parcours.



TÉMOIGNAGE.

« Le jeune arrive, il a le droit à l'AME ouvert ou en cours d'ouverture, il est domicilié, il a un médecin. On a un minimum d'informations sur les vaccinations, les analyses sollicitées. Ça nous facilite grandement les choses. » — ANEF-FERRER.

Coordination opérationnelle

La coordination avec l'accueil de jour. L'opérateur·rice de l'accueil de jour transmet chaque mercredi à MdM une liste des nouveaux·elles reçu·e·s avec un minimum d'informations relative à l'identité permettant de préserver l'anonymat. En retour, MdM assure des permanences au sein de l'accueil de jour les jeudis et vendredis, ce qui permet un contact direct avec les jeunes dès leur entrée dans le dispositif et facilite les orientations réciproques.

La coordination avec les médecins généralistes. MdM assure le lien avec les médecins généralistes partenaires à travers plusieurs modalités : des courriers de liaison présentant le contexte et les besoins du·e la jeune, un point de contact stable permettant aux médecins de joindre l'équipe en cas de difficulté, et des temps de rencontres pour partager les constats et ajuster les pratiques.

La coordination avec les hébergeur·euse·s solidaires. Lorsque le·a jeune est hébergé·e par un·e citoyen·ne solidaire, MdM peut échanger avec l'hébergeur·euse sur les éléments utiles au suivi quotidien (rendez-vous à venir, traitement en cours, points de vigilance). Ce partage d'informations se fait systématiquement avec l'accord préalable du·e la jeune, dans le respect de la confidentialité des informations médicales et en insistant sur le principe que le·a jeune doit rester acteur de ses démarches.

La coordination avec les établissements scolaires. Du fait des nombreuses démarches liées à leur situation et qu'ils doivent réalisés en autonomie, les MNA qui bénéficient d'une scolarisation sont contraints de manquer certains cours. Il est alors important que l'établissement soit informé de la situation des jeunes et que des justificatifs d'absence scolaire leur soient remis.

Les outils de coordination

Outils	Fonction	Destinataires
Fiche de liaison FTDA	Continuité entre les démarches engagées pendant l'évaluation et l'accompagnement proposé après le rejet de minorité.	TAMO, MdM, acteurs médico-sociaux
Attestation de suivi par une association	Faciliter la domiciliation et accéder à l'AME	CCAS, CPAM
Dispositif ARS d'accès à l'interprétariat	Légitimer et faciliter le recours à l'interprétariat via un accès gratuit en pour les professionnel·le·s de santé libéraux	Médecins libéraux, chirurgiens-dentistes, pharmacien·ne·s, infirmier·e·s, sages-femmes, orthophonistes
Note ARS PDL sur la prise en charge sanitaire des MNA (Juillet 2023)	Lever les obstacles à l'accès aux soins des MNA	Toutes les structures d'offre de soins
Courrier d'orientation médecin généraliste	Présenter la situation administrative, les conditions de vie, les antécédents et les acquis dans le parcours de soins	Médecins généralistes
Carnet parcours santé de l'ARS PDL	Centraliser les informations médicales du·e la jeune	Jeunes, professionnel·le·s de santé et du médico-social

Enseignements

✓ Ce qui fonctionne

- Des outils de liaison formalisés et partagés.
- Un point de contact stable (Mdm) pour joindre le·a jeune.
- Des temps de coordination réguliers entre acteur·rice·s.
- L'accompagnement systématique au premier RDV médecin généraliste.
- L'interconnaissance entre acteur·rice·s du collectif, qui permet des orientations fluides.



POINTS DE VIGILANCE

- Toujours recueillir le consentement du·e la jeune avant tout partage d'informations.
- Ne pas multiplier les outils au risque de les rendre inutilisables.
- Documenter les difficultés rencontrées pour alimenter le plaidoyer.
- L'absence d'acteur·rice référent·e « fil rouge » pour les jeunes hors dispositif dédié.

La coordination du parcours en bref

- **Finalité** : Un parcours fluide et cohérent pour le·a jeune, où l'information circule entre les acteur·rice·s et où les ruptures sont évitées.
- **Principe clé** : Articuler droits et soins comme deux faces d'une même réponse : importance d'apporter une réflexivité de déclouonnement au parcours en santé des MNA.
- **Cadre de référence** : La coordination du parcours de santé constitue l'un des axes du référentiel de médiation en santé de la Haute Autorité de santé.

C.3 - Fiche thématique : la médiation en santé auprès des professionnel·le·s de santé

Sensibiliser et accompagner les soignant·e·s pour améliorer l'accès aux soins des MNA en recours.

Principes de la médiation en santé vers les professionnel·le·s

Le double sens de la médiation en santé

La médiation en santé, telle que définie par le référentiel de la Haute Autorité de santé (HAS), s'exerce dans deux directions complémentaires : vers les personnes accompagnées et vers les professionnel·le·s et institutions.

L'accompagnement des jeunes vers les soins ne peut être pleinement efficace que si les professionnel·le·s de santé sont eux-mêmes préparés à accueillir ce public dans de bonnes conditions. La médiation en santé ne se limite pas à « amener » les jeunes vers les soins : elle consiste également à « préparer » les soignant·e·s à les recevoir.

Une double connaissance nécessaire

Le·a médiateur·rice en santé n'est pas un·e simple intermédiaire : c'est un·e facilitateur·rice qui s'appuie sur une double expertise. Cette double connaissance lui permet de créer les conditions d'une rencontre effective entre le·a jeune et le·a professionnel·le de santé.

→ Connaissance des professionnel·les

- Leurs méthodes de travail.
- Leurs contraintes (temps, protocoles).
- Leur langage professionnel.
- Leurs attentes et limites.

→ Connaissance des jeunes

- Leurs besoins spécifiques
- Leurs représentations culturelles
- Leurs conditions de vie
- Leurs peurs et incompréhensions

Objectifs de la médiation en santé vers les professionnel·le·s

- Sensibiliser les professionnel·le·s de santé aux spécificités du public MNA : parcours migratoire, situation administrative, conditions de vie, représentations culturelles, obstacles à l'accès aux soins.
- Informer sur les droits à la santé des MNA en recours (AME) et les procédures administratives.
- Faciliter la communication entre les jeunes et les soignant·e·s lors des consultations.
- Fluidifier les parcours de soins en identifiant et levant les obstacles.

- Adapter les pratiques professionnelles aux besoins spécifiques de ce public.
- Documenter les dysfonctionnements pour nourrir le plaidoyer.



À RETENIR.

Le principe de non-substitution.

La médiation en santé vers les professionnel·le·s repose sur un principe fondamental : ne jamais se substituer aux acteur·rice·s du droit commun. L'objectif est de créer les conditions pour que le lien direct entre le·a jeune et le·a professionnel·le de santé puisse s'établir et se pérenniser.

Cadre juridique : soigner les MNA sans autorité parentale

Pour les soignant·e·s, l'absence d'autorité parentale ne doit pas constituer un obstacle aux soins. Plusieurs dispositions juridiques permettent d'apporter des soins aux MNA qui, seul·e·s sur le territoire français, ne peuvent bénéficier du consentement de leurs parents ou d'un·e tuteur·rice légal·e.



À RETENIR.

Rappels déontologiques et légaux.

- **Article 43 du Code de déontologie médicale** : « Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »
- **Article R.4127-9 du Code de santé publique** : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »
- **Article 223-6 du Code pénal** : Le délit de non-assistance à personne en danger est puni de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende.

La couverture maladie des MNA

→ PUMA + CSS

Les MNA pris en charge par l'ASE peuvent être affiliés à la Protection universelle maladie (PUMA) et à la Complémentaire santé solidaire (CSS) en leur nom propre. Seuls les services de l'ASE sont habilités à solliciter l'ouverture de ces droits.

→ AME

Les MNA en recours peuvent bénéficier de l'Aide médicale de l'État (AME) en tant que mineur·e·s, sans condition de durée minimale de présence sur le territoire et sans justificatif de ressources (Circulaire N° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011). Cela permet un accès rapide aux soins.



POINT IMPORTANT : DISPOSITIF SOINS URGENTS ET VITAUX.

Parce qu'ils peuvent accéder sans délai à l'AME, les MNA ne relèvent pas en principe du DSUV. Cependant, la circulaire du 16 mars 2005 précise que tous les soins délivrés à l'hôpital aux mineur·e·s qui ne sont pas encore bénéficiaires de l'AME sont réputés répondre à la condition d'urgence. En attente du bénéfice effectif de l'AME, les mineur·e·s peuvent donc bénéficier du DSUV sans conditions.

Exceptions à l'obligation de consentement des représentants légaux

La loi prévoit plusieurs exceptions à l'obligation d'obtenir le consentement des tuteur·rice·s légaux·ales¹⁷.

Exception	Explication
1. L'urgence	L'urgence justifie que le·a médecin se dispense du consentement. Tous les soins délivrés à l'hôpital aux mineur·e·s sont réputés répondre à la condition d'urgence.
2. Sauvegarde de la santé	Hors urgence, si l'acte médical est indispensable pour sauvegarder la santé du·de la mineur·e et qu'il est impossible d'obtenir le consentement des tuteur·rice·s, le·a médecin peut passer outre.
3. Liens familiaux rompus et PUMa CSS	Les mineur·e·s bénéficiant en leur propre nom de la CSS dont les liens de famille sont rompus sont dispensés de l'obligation d'obtenir le consentement de leurs tuteur·rice·s légaux·ales.
4. Santé sexuelle et reproductive	La jeune fille mineure d'au moins 15 ans n'a pas l'obligation d'obtenir le consentement de ses parents pour la contraception. L'IVG constitue également une exception.



À RETENIR.

Recommandations en cas de dispense de consentement des représentants légaux.

- Le consentement éclairé du·de la mineur·e doit toujours être recherché.
- Le·a mineur·e doit bénéficier d'une information adaptée dans une langue qu'il·elle comprend (recours à l'interprétariat).
- Il est recommandé que le·a mineur·e soit accompagné·e par un·e majeur·e de son choix qui peut être membre de l'équipe soignante.
- L'accompagnant·e n'a pas à consentir ou non aux soins – cela ne crée aucun lien juridique.

L'identification de médecins généralistes

L'inscription auprès d'un·e médecin généraliste constitue une étape clé du parcours. L'identification de médecins généralistes acceptant des nouveaux·elles patient·e·s et disposés à recevoir ce public nécessite un travail de prospection et de mise en relation.

Critères de recherche des médecins partenaires

- Acceptation de nouveaux·elles patient·e·s.
- Proximité géographique avec les lieux de vie des jeunes.

¹⁷ Le livret d'information à destination des soignants réalisé par le programme MNA de MdM à Nantes est disponible sur ce lien : https://jeunes-en-errance.cemea.asso.fr/IMG/pdf/medecins_du_monde_acces_aux_soins_des_mna_2024.pdf.

- Disponibilité pour des consultations plus longues (notamment pour la première consultation).
- Sensibilité aux questions de précarité et d'interculturalité.
- Capacité d'adaptation (horaires, communication, etc.).
- Recours au dispositif d'accès à l'interprétariat proposé par l'ARS.



TÉMOIGNAGE.

« L'idée d'accueillir ces jeunes migrant·e·s me paraissait hyper importante. Peut-être aussi parce que mes parents ont été famille d'accueil. Il y avait plutôt des jeunes mineur·e·s, j'ai eu quelques petits frères et sœurs. Quand Médecins du Monde a demandé à pouvoir nous adresser des jeunes, j'ai accepté. » — Médecin généraliste partenaire.

Ce que MdM apporte aux soignants

Au-delà de la sensibilisation, MdM joue un rôle de facilitation concrète qui allège la charge des médecins et sécurise le parcours des jeunes :

- Ouverture des droits AME avant la première consultation.
- Accompagnement à la prise des premiers rendez-vous (avec ensuite la possibilité de créer un compte Doctolib selon l'autonomie des jeunes).
- Accompagnement physique dans une approche de médiation en santé lors des premières consultations.
- Réduction des RDV non honorés avec un système de rappel des jeunes en amont du RDV.
- Transmission de courriers de synthèse pour que le·a médecin ait une vision complète au premier RDV.
- Point de contact stable pour joindre le·a jeune en cas de besoin.



TÉMOIGNAGE.

« Médecins du Monde nous facilite vraiment la tâche parce qu'ils rassemblent un maximum d'informations. Les droits des jeunes sont ouverts. C'est eux·elles aussi qui se débrouillent pour que le·a jeune ait un accès Internet, un accès à Doctolib, un·e accompagnant·e et qui les amène à l'autonomie. » — Médecin généraliste partenaire.

Les actions de sensibilisation

Les temps de rencontre avec les médecins

Au-delà des temps de consultation lors desquels les jeunes sont accompagné·e·s par MdM dans les structures de santé, le programme a organisé des temps d'échanges collectifs réunissant une dizaine de médecins généralistes du territoire, animés par un·e médecin bénévole de MdM. Ces rencontres permettent de :

- Présenter le parcours des jeunes MNA en recours et leurs conditions de vie.
- Expliquer le rôle de MdM et les modalités d'accompagnement (logique d'autonomisation).
- Partager des clés de compréhension culturelles et pratiques.
- Présenter les outils disponibles (carnet de santé, courriers de liaison, dispositif d'accès à l'interprétariat).
- Permettre aux jeunes de témoigner de leur vécu des consultations.
- Discuter des difficultés rencontrées et des limites de chacun·e.



EXEMPLE. Le temps de rencontre avec les médecins (juin 2024).

En juin 2024, un temps d'échange a été organisé avec les médecins généralistes recevant les jeunes du programme. Une dizaine de médecins étaient présent·e·s, accompagnés de plusieurs jeunes suivis par MdM. L'objectif était de partager les constats et d'améliorer les pratiques. La rencontre a permis de présenter le public MNA, l'accompagnement proposé par MdM, le carnet de santé comme outil de coordination, et d'échanger sur les difficultés rencontrées.



TÉMOIGNAGE.

« Ce qui était pas mal, c'était de comprendre quel est le parcours du jeune quand il arrive à Nantes. Je n'avais pas bien compris quel était le réseau et par quel biais ils arrivaient chez Médecins du Monde, où est-ce qu'ils dorment, tout ça je n'avais pas vraiment. Donc ça, c'était pas mal d'avoir ce petit point. » — Médecin généraliste partenaire.

Les apprentissages transmis aux soignant·e·s

Décoder la communication

Thématique	Ce qu'il faut savoir
Formuler les bonnes questions	Éviter les questions fermées qui peuvent amener à répondre par oui ou par non. Ne pas demander « Est-ce que tu as compris ? » mais plutôt « Qu'est-ce que tu as compris ? » qui invite à la reformulation.
Décoder les réponses	« Ça va un peu » peut signifier « ça ne va pas » – toujours creuser les réponses évasives.
La notion du temps	11 h peut être compris par les jeunes comme entre 11 h et 11 h 59 – il est nécessaire de bien préciser l'horaire 11 heures et 00 minutes.
Connectivité limitée	Certains forfaits téléphoniques ne permettent pas d'écouter les messages laissés sur leur répondeur. Les jeunes ne qui ont un compte Doctolib ne reçoivent pas toujours les rappels – nécessité de doubler avec un appel ou SMS.
Changements de numéro	Garder le numéro de MdM comme contact de référence stable car il arrive fréquemment que les jeunes changent de numéro de téléphone.
Examens invasifs	Réticences fréquentes à certains examens (prises de sang, coproculture) – à reporter si non urgent et prendre le temps d'expliquer.
Santé mentale	Troubles du sommeil très fréquents liés aux traumatismes – nécessite une attention et un suivi régulier.

**TÉMOIGNAGE.**

« Ce qui m'a aidée dans cette réunion avec Médecins du Monde, c'était qu'on nous a expliqué que le jeune, quand je lui pose la question "comment ça va", il me dit "un peu". Et je me dis, "un peu", c'est que ça va. Mais en fait, "un peu", ça veut dire "ça ne va pas". Donc quand il me dit "un peu", je dis "ah, qu'est-ce qui ne va pas?" Et là, on peut discuter. » — Médecin généraliste.

L'adaptation des pratiques médicales

Aspect	Adaptation mise en place
Durée des consultations	Prévoir que les premiers rendez-vous prennent du temps : passer de 15 minutes à 30 minutes minimum.
Organisation en 2 temps	Premier RDV : prise de contact et aspects administratifs (dossier, antécédents); deuxième RDV : examen clinique, sauf urgence.
Tolérance aux retards	Accepter les retards liés à la précarité de leur situation et à la différence culturelle.
Suivi rapproché	Consultations mensuelles pour certaines situations complexes (parcours de soins complexes, santé mentale).
Traçabilité	Noter les informations dans le carnet de santé des jeunes plutôt que seulement dans leur dossier médical pour qu'ils-elles puissent assurer leur suivi malgré leur mobilité et/ou errance.

**TÉMOIGNAGE.**

« Ce que j'ai fini par faire, c'est de prévoir une première consultation juste pour ouvrir le dossier, remplir le dossier, prendre les antécédents, rassembler les informations, et la fois prochaine j'examinerai. On refait un rendez-vous. Ou alors l'urgence, c'est que je vous examine parce qu'il y a vraiment une urgence médicale. Mais c'est rarement le cas. » — Médecin généraliste.

Points de vigilance pour les soignants**Les prescriptions**

- Éviter les traitements « 3 fois par jour aux repas » quand le·a jeune n'a pas trois repas réguliers.
- Choisir des médicaments remboursés, éviter les surcoûts liés au reste à charge.
- Prendre en compte les conditions de vie (jeunes en hébergement précaire).
- L'AME ne couvre pas les médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15 %).
- L'AME ne rentre pas dans le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés.

Les examens médicaux

- Prendre le temps d'expliquer les prises de sang, les examens.
- Travailler sur les représentations (peur du « vol de sang », de la réutilisation...).
- Reporter les examens non urgents si le·a jeune n'est pas prêt.



VIGILANCE PARTICULIÈRE.

- Prendre le temps d'expliquer les prises de sang, les examens.
- Travailler sur les représentations (peur du « vol de sang », de la réutilisation...).
- Reporter les examens non urgents si le·a jeune n'est pas prêt.

La santé mentale et les psychotropes

Les troubles du sommeil sont très fréquents chez les MNA, souvent liés aux traumatismes vécus sur le parcours migratoire. La prescription de psychotropes nécessite une coordination avec les équipes d'accompagnement.



TÉMOIGNAGE.

« Pour le jeune dont je parlais tout à l'heure... Je pense qu'il n'a pas dormi pendant deux ans ou un an, tellement il était en état de veille permanente. Donc là aujourd'hui réapprendre à dormir c'est un enfer. Il y a toujours ce truc de là où nous, on essaye chez nos autres patients de diminuer ces traitements. Et là, il faut quand même parfois le prendre en compte quand ils n'ont pas dormi pendant deux ans. »
— Médecin généraliste.


Outils à destination des soignants

Outil	Fonction
Carnet de santé adapté	Carnet Parcours de santé de l'ARS PDL qui centralise les informations médicales et facilite la continuité du parcours de soins.
Courrier de liaison	À destination du médecin généraliste pour la première consultation, il présente la situation du·de la jeune, son statut, ses antécédents, les ressources disponibles en santé-précarité.
Note ARS sur les MNA	Cette note d'instruction sur la prise en charge sanitaire des MNA précise les situations où les soins peuvent être dispensés sans autorisation parentale, légitime le recours systématique à l'Interprétariat, sécurise les soignant·e·s juridiquement.
Livret soignant·e·s MNA	Document produit par le programme qui rappelle le cadre juridique liés aux exceptions de recueil du consentement parental. Il est accessible ici.
Supports visuels	Planches anatomiques, schémas, pictogrammes pour expliquer les examens et traitements.

↓ Courrier type d'orientation vers le médecin généraliste

MÉDECINS DU MONDE 世界医師会 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء لأكاره I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ГИТОПІ ТОУ КООПІОУ ДОКТЕРА ВАН ДЕ ВЕРЕЛД МЕДИКОС ДО МУНДО МЕДИКОС DEL MUNDO 世界医師会 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء لأكاره I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ГИТОПІ ТОУ КООПІОУ ДОКТЕРА ВАН ДЕ ВЕРЕЛД МЕДИКОС ДО МУНДО МЕДИКОС DEL MUNDO 世界医師会 ARZTE DER WELT 世界医師会 ARZTE DER WELT

Alsace | Aquitaine | Bretagne | Corse | Franche-Comté | Ile-de-France | Languedoc-Roussillon | Lorraine | Midi-Pyrénées | Normandie | Nord-Pas de Calais | Océan Indien | Poitou-Charentes | Provence-Alpes-Côte-D'azur | Rhône-Alpes | Pays-de-la-Loire



Dr _____,

Nous vous adressons M. / Mme _____ né-e le XX/XX/XX en/au _____.

Cette personne est arrivée à Nantes le XX/XX/20XX en tant que Mineur-e Non Accompagné-e (MNA) et sa minorité est contestée par le conseil départemental.

Nous vous transmettons les éléments en notre connaissance afin de vous faciliter la prise en charge de ce-cette patient-e :

- **Dépistages déjà réalisés** (IST, parasitose, etc.) ;
- **Radiographie pulmonaire de dépistage** :
- **Statut vaccinal** :
- **Couverture maladie** :
- **Antécédents et conditions de vie** :
- **Problématiques de santé exprimées** :

La personne est en possession d'un **carnet de santé** merci de le remplir pour favoriser le suivi

Vous pouvez contacter Médecins du Monde au 07 44 16 58 09 pour toute demande d'information ou pour le suivi du jeune.

Fait à Nantes le XX/XX/20XX

Cordialement,

NB : l'AME ne couvre pas les médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15%, ou dits de « confort»).

Informations importantes

Pour plus d'informations sur les dépistages et la prévention pour les personnes étrangères : la brochure du Centre Fédératif Prévention Dépistage (CFPD44) est jointe à ce courrier. Le CFPD est joignable à l'adresse suivante : cpfd44@chu-nantes.fr

Accès aux soins des mineur-e-s - Article 1111-5 du Code de la Santé Publique : si la mineur-e isolé-e bénéficie d'une AME et que l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, **son seul consentement est requis**.

Interprétariat par téléphone : tous les médecins libéraux des Pays de la Loire peuvent demander un code pour accéder **gratuitement** et à tout moment à un interprète par téléphone. Faire la demande auprès de l'URML à l'adresse : contact@urml-paysdelaloire.org . Il vous suffira ensuite d'appeler le 01 53 26 52 62 et de communiquer votre code utilisateur.

MÉDECINS DU MONDE Pays de la Loire – Programme Mineur.e.s Non Accompagné.e.s
 BAT E, Passage de la Poule Noire, 44000 NANTES - Tel. : 07 44 16 58 09
www.medecinsdumonde.org
 Association reconnue d'utilité publique – APE 853 K – SIRET : 321 018 749 00 127

Exemple : Courrier d'orientation vers le médecin généraliste

MdM a développé un courrier type (voir page 193) qui doit être corédigé avec le·a jeune concerné·e et transmis aux médecins généralistes lors de l'orientation d'un·e jeune pour son premier RDV. Ce document synthétise les informations essentielles et rappelle les ressources disponibles.



À RETENIR.

Éléments clés du courrier.

- Présentation du statut MNA et des conditions de vie.
- Synthèse examens déjà réalisés et du statut vaccinal.
- Couverture maladie.
- Contact MdM pour le suivi.
- Au verso : rappels juridiques (Article L1111-5 CSP) et accès à l'interprétariat gratuit (ARS et URML).

Recommandations pour la réplication

→ Avant de commencer

- Identifier les médecins et structures de santé du territoire.
- Demander un temps de RDV plus long pour la première consultation.
- Préparer des outils de liaison clairs et synthétiques.
- Définir les modalités de communication.

→ Pendant l'accompagnement

- Être présent·e au premier rendez-vous pour faciliter la relation de soins.
- Transmettre un courrier de synthèse avec les infos essentielles.
- Rester disponible pour répondre aux questions des soignant·e·s.
- Assurer le suivi des orientations et des rendez-vous.

→ Dans la durée

- Organiser des temps de rencontre réguliers (semestriels ou annuels).
- Partager les retours d'expérience et les difficultés.
- Actualiser les outils en fonction des besoins.
- Constituer un réseau de soignant·e·s engagé·e·s.



APPRENTISSAGE CLÉ. .

La sensibilisation des professionnel·le·s de santé est un travail de longue haleine qui se construit dans la relation. Les temps de rencontre en collectif sont importants, mais c'est souvent dans l'accompagnement au quotidien que se transmettent les apprentissages les plus concrets.



TÉMOIGNAGE.

«J'ai beaucoup appris avec MdM. J'ai appris à mieux accueillir, à prendre plus de temps, à reformuler. Et surtout, j'ai compris que je pouvais les appeler si j'avais un doute, qu'il y avait une équipe derrière.» — Médecin généraliste.

En résumé

La médiation en santé auprès des professionnel·le·s de santé constitue le second versant indispensable de l'accompagnement des jeunes vers les soins. Elle repose sur une double expertise : la connaissance du public accompagné et celle des professionnel·le·s de santé.

Cette médiation en santé vise à préparer les soignant·e·s à accueillir ce public dans de bonnes conditions, en leur transmettant des clés de compréhension culturelles et pratiques, et en facilitant concrètement les parcours de soins. Elle s'appuie sur le principe de non-substitution : l'objectif est toujours de créer les conditions pour que le lien direct entre le·a jeune et le·a professionnel·le puisse s'établir et se pérenniser.

L'expérience montre que les médecins qui s'engagent dans cette démarche y trouvent un enrichissement de leur pratique et développent une capacité d'adaptation qui bénéficie à l'ensemble de leurs patient·e·s en situation de vulnérabilité.



TÉMOIGNAGE.

« Mdm est un acteur central avec plein de connexions et de coordination. C'est-à-dire qu'ils ont une vision d'ensemble du jeune qui, du coup, permet d'orienter vers un avocat, le médecin, un foyer, la famille d'accueil, une psy. Je dirais que leur spécificité c'est quoi qu'il arrive d'être là. Sans condition que tu aies 18 ans ou pas, que tu parles français ou que tu ne parles pas français, que ce soit compliqué dans ta tête ou pas. » — Médecin généraliste.

Sources et ressources

- Livret soignant·e·s « Accès aux soins et autorisations pour soins des MNA » (Mdm, octobre 2024, https://jeunes-en-errance.cemea.asso.fr/IMG/pdf/medecins_du_monde_acces_aux_soins_des_mna_2024.pdf).
- Courrier d'orientation vers le·a médecin généraliste (Mdm).
- Réunions de sensibilisation des médecins généralistes et synthèses bénévoles.
- Référentiel HAS sur la médiation en santé (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf).
- Note ARS Pays de la Loire relative à la prise en charge sanitaire des MNA (24/07/2023).
- Service d'interprétariat gratuit en médecine libérale financé par l'URML et l'ARS PDL (<https://urml-paysdelaloire.org/wp-content/uploads/2022/10/CARTE-DE-VISITE-3.pdf>).

C.4 - Fiche thématique : l'accompagnement vers l'autonomie en santé des MNA



OBJECTIF.

Permettre aux MNA en recours de devenir acteur·rice·s de leur santé, capables de naviguer dans le système de soins français de manière adaptée à leur âge et à leur situation. L'autonomie en santé ne se limite pas à la maîtrise du parcours de soins : elle englobe également les capacités personnelles du·de la jeune et les conditions de son environnement.

Les trois dimensions de l'autonomie en santé

L'évaluation de l'autonomie des jeunes accompagné·e·s repose sur trois dimensions complémentaires. Cette structuration permet d'éviter une approche exclusivement centrée sur le système de santé, en prenant en compte les ressources personnelles du·de la jeune et les conditions de son environnement.

1. Compétences liées à l'accès aux soins

Ces compétences permettent au·à la jeune de naviguer dans le système de santé français, depuis la connaissance de ses droits jusqu'à la gestion autonome de son parcours de soins (voir tableau page 197).

2. Capacités liées à la situation personnelle

Au-delà du système de santé, l'autonomie dépend des ressources personnelles du·de la jeune : sa capacité à se repérer, à communiquer, à prendre soin de lui·elle et à agir de sa propre initiative. Cette dimension inclut également la capacité du·de la jeune à devenir une personne ressource pour d'autres, ce qui constitue un indicateur avancé d'autonomie (voir tableau page 198).

3. Conditions liées à l'environnement

L'autonomie suppose des conditions extérieures favorables. Un·e jeune isolé·e, sans logement stable ni réseau de soutien, ne peut pas développer pleinement son autonomie en santé indépendamment de ses compétences individuelles (voir tableau page 198).



TÉMOIGNAGE.

« Rapidement, on va voir l'autonomie du jeune. Est-ce qu'il parle français ? Est-ce qu'il sait lire ? Est-ce qu'il sait écrire ? Est-ce qu'il a des soucis de santé ? [...] Un jeune qui sait lire, écrire, se débrouiller, qui a de la ressource, qui n'a pas de soucis de santé, on va l'accompagner au premier rendez-vous, et puis, rapidement, on va être là en soutien pour l'orienter, mais on va être moins dans l'accompagnement. »

— Coordinateur programme MdM.

↓ **Compétences liées à l'accès aux soins**

Compétence	Ce que le-a jeune doit connaître ou savoir faire
Comprendre ses droits	Savoir ce qu'est l'AME, comment l'obtenir et la renouveler, ce qu'elle couvre.
Comprendre le système de santé	Connaître le rôle du-de la médecin généraliste, des spécialistes, des urgences ; savoir que les soins, les examens et les traitements sont pris en charge avec l'AME.
Prendre rendez-vous	Appeler un cabinet médical ou utiliser Doctolib, annuler ou reporter si nécessaire.
Gérer ses documents	Conserver et classer ses documents médicaux, comprendre l'utilité du carnet de santé, se rappeler les délais d'expiration des droits AME et de la domiciliation.
Suivre un traitement	Comprendre une ordonnance, aller à la pharmacie, prendre ses médicaments correctement, mener les actions en rapport avec les ordonnances (prise de sang, radio, rattrapage vaccinal).
Communiquer avec les soignant·e·s	Oser poser des questions, exprimer une douleur ou une inquiétude, dire quand on n'a pas compris, dialoguer avec le médecin en confiance.
Identifier les acteurs et les urgences	Cerner les différents interlocuteur·rice·s du réseau et savoir à qui s'adresser ; reconnaître une situation d'urgence, connaître le 15.
Intégrer le système de santé	Avoir une couverture maladie, un·e médecin généraliste, réaliser un parcours de dépistage et son rattrapage vaccinal, participer à des actions collectives.

↘ **Compétences liées à la situation personnelle**

Compétence	Ce que le·a jeune doit connaître ou savoir faire
Se repérer dans l'espace	Savoir se rendre seul·e à un rendez-vous, utiliser les transports en commun, lire un plan, repérer les lieux de soins et se repérer dans la ville.
Se repérer dans le temps	Noter ses rendez-vous, comprendre les délais, utiliser un agenda (papier ou téléphone).
Communiquer en français	Parler le français ou savoir suffisamment s'exprimer pour se faire comprendre, ou dire quand on ne comprend pas et demander un·e interprète.
Prendre soin de soi	Prendre soin de soi physiquement (hygiène, vêtements), prendre des initiatives personnelles, reprendre confiance en soi.
Poursuivre les démarches de manière autonome	Prendre RDV seul·e auprès de son·sa médecin lorsqu'on est malade, honorer ses RDV médicaux sans être rappelé en amont, poursuivre seul·e les actions entreprises dans son parcours de soins.
Devenir relais pour d'autres	Proposer son aide à d'autres jeunes, accompagner des personnes à MmM, se positionner en tant que pair-aidant.

↘ **Compétences liées à l'environnement**

Compétence	Ce que le·a jeune doit connaître ou savoir faire
Réseau social	Ne pas rester seul·e et isolé·e, avoir des connaissances et des ami·e·s.
Réseau de soutien	S'être emparé·e du réseau associatif de soutien aux MNA en recours, honorer ses RDV avec les différents partenaires.
Conditions matérielles	Avoir une solution de logement et savoir comment répondre à ses besoins primaires.
Moyens d'autonomie	Disposer d'un téléphone, d'une couverture maladie, d'une carte de transport, d'une attestation de domiciliation.

La méthode pédagogique

Le processus en 6 étapes

Étape	Ce que fait l'accompagnant	Exemple concret
1. Informer	Expliquer les droits, le fonctionnement, ce qui va se passer	« Le médecin généraliste, c'est ton médecin de référence. C'est lui que tu vas voir en premier. »
2. Préparer	Anticiper : trajet, documents, questions	« Demain tu as RDV à 14 h. On regarde ensemble où c'est ? Tu as ta carte AME ? »
3. Accompagner	Faire avec le·a jeune, montrer, laisser faire	« Au guichet : tu vois, on donne la carte AME. La prochaine fois, c'est toi qui le feras. »
4. S'assurer	Vérifier la compréhension, faire reformuler	« La médecin a dit quoi pour les médicaments ? Tu les prends comment ? »
5. Répéter	Réexpliquer si nécessaire, sans reproche	« C'est normal de ne pas tout retenir du premier coup. On reprend ensemble. »
6. Se retirer	Passer au soutien téléphonique, puis laisser faire	« Est-ce que tu te sens prêt pour y aller seul cette fois ? Si tu as un problème, tu m'appelles. »



TÉMOIGNAGE.

« L'idée de la médiation en santé, c'est de petit à petit disparaître de la consultation et même de l'accompagnement du jeune de manière générale. [...] Bien rappeler que le jeune, on l'accompagne et qu'on est là en soutien s'il a besoin. Mais l'idée, c'est que ce soient eux deux qui communiquent ensemble » — Médiatrice en santé MdM.

Accompagnement systématique puis modulé

Premier rendez-vous médecin généraliste : accompagnement systématique

Tous les jeunes sont accompagnés à leur premier rendez-vous médecin généraliste, sans exception. Cet accompagnement répond à plusieurs objectifs : montrer le lieu, le trajet et le fonctionnement ; faciliter la communication avec le·a médecin ; observer le niveau d'autonomie du·de la jeune ; créer les conditions d'une relation de confiance avec le·a médecin.

Rendez-vous suivants : accompagnement modulé

Le niveau d'accompagnement est ensuite adapté en fonction de l'évaluation réalisée lors du débriefing après les premières consultations. Cette décision est prise conjointement par les bénévoles qui observent le·a jeune et les salarié·e·s qui assurent le rôle de fil rouge du suivi.

Profil observé	Niveau d'accompagnement
Jeune francophone, sachant lire/écrire, à l'aise, sans problème de santé complexe	Accompagnement léger : rappel la veille, disponibilité en cas de besoin
Jeune peu francophone, difficultés de repérage, timidité	Accompagnement renforcé : plusieurs accompagnements physiques, passage progressif au téléphone
Jeune avec problèmes de santé complexes ou multiples démarches	Accompagnement soutenu dans la durée, coordination avec les soignant·e·s

Le soutien à distance

Même quand le·a jeune se rend seul·e à ses rendez-vous, l'équipe maintient un soutien adapté qui peut prendre plusieurs formes : un appel la veille pour rappeler le rendez-vous et vérifier les documents nécessaires ; une disponibilité pendant le rendez-vous en cas de difficulté ; un appel après pour vérifier la compréhension et débriefier.



TÉMOIGNAGE.

« On se rend disponible de différentes façons pour être en réponse aux besoins des jeunes. Et après, effectivement, ce sont eux qui vont décider s'ils nous interpellent. [...] Il y a différentes options d'accompagnement. » — Infirmière bénévole MdM.

Grille d'évaluation de l'autonomie

Cette grille, construite collectivement, permet d'objectiver la progression des jeunes (voir page 201). Elle est utilisée lors des débriefings après accompagnement et lors des entretiens de suivi. Elle reprend les trois dimensions identifiées précédemment.

Quand et comment évaluer ?

- **Pendant l'accompagnement** : le·a bénévole observe le·a jeune sur le terrain (repérage, communication, compréhension).
- **Lors du débriefing** : partage des observations avec l'équipe salariée, qui assure le fil rouge du suivi.
- **Lors des entretiens de suivi** : questions ouvertes pour vérifier les acquis.
- **Par le suivi à distance** : le·a jeune rappelle-t-il ? A-t-il-elle fait les démarches seul·e ?

↓ **Grille d'évaluation de l'autonomie**

Critère	Non acquis	En cours	Acquis
Éléments liés à l'accès aux soins			
Le·a jeune prend lui·elle-même RDV (ou avec une personne à côté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune se rend seul·e à ses RDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune se rappelle des délais d'expiration des droits domiciliation et santé et revient vers MdM dans les temps indiqués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune remplit son dossier de demande d'AME avec un soutien partiel, y compris le renouvellement annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune parle à son·sa médecin, ose lui poser des questions et dialoguer avec lui·elle. Il a confiance en lui·elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune comprend une ordonnance et mène les actions adéquates en rapport avec les ordonnances (prises de RDV radio, prise de sang, aller récupérer les vaccins à la pharmacie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune a cerné les différents interlocuteur·rice·s du réseau, sait à qui s'adresser en fonction de ses problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune a intégré le système de santé (a une couverture maladie, un·e médecin généraliste, s'est rendu chez des spécialistes, participe à des actions collectives)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éléments liés à la situation de la personne			
Le·a jeune prend soin de lui physiquement (hygiène, est allé·e chercher des vêtements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune honore ses RDV avec les différents partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune honore ses RDV médicaux sans rappel des partenaires au préalable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune se repère dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune sait se repérer dans les transports en commun et dans la ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune parle le français OU sait suffisamment s'exprimer pour se faire comprendre OU dit quand il ne comprend pas et demande un interprète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune a des moyens lui permettant d'être autonome (téléphone, couverture maladie, carte de transport, carte de domiciliation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune prend RDV seul·e auprès de son·sa médecin lorsqu'il·elle est malade et pour les rattrapages vaccinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune prend des initiatives personnelles, a repris confiance en lui·elle, il·elle poursuit seul·e les actions entreprises dans son parcours de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune propose son aide à d'autres personnes, accompagne des personnes à MdM. Elle se positionne en tant que relais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éléments liés à l'environnement			
Le·a jeune a des connaissances, des amis, n'est pas isolé·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune s'est emparé·e du réseau associatif de soutien aux MNA en recours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le·a jeune a une solution de logement et sait comment répondre à ses besoins primaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Points de vigilance

Ne pas « adultiser » trop vite	Ce sont des adolescent·e·s. L'objectif n'est pas qu'ils-elles soient immédiatement autonomes, mais qu'ils-elles progressent à leur rythme.
S'assurer, ne pas supposer	Ne jamais tenir pour acquis que l'information est passée. Toujours faire reformuler.
Respecter le rythme	Certain·e·s seront autonomes en quelques semaines, d'autres auront besoin de plusieurs mois. Il est important de comprendre le rythme de chacun·e.
Accepter les retours en arrière	Un·e jeune peut voir son autonomie régresser temporairement (stress, problème de santé) et avoir besoin de nouveau d'un accompagnement rapproché.
Prendre en compte la charge mentale	Les jeunes gèrent simultanément recours juridique, précarité, traumatismes. Leur capacité d'absorption est limitée.
Expliciter les codes culturels	En France, on regarde le·a médecin dans les yeux, on pose des questions, on dit quand on n'a pas compris. Ces codes doivent être expliqués.
Valoriser les progrès	Chaque étape franchie mérite d'être soulignée. Cela renforce la motivation et la confiance en soi.
Considérer les conditions de vie	L'évaluation de l'autonomie doit tenir compte des conditions matérielles du·de la jeune : un·e jeune à la rue, isolé·e, aura des besoins différents d'un·e jeune hébergé·e avec un réseau de soutien.

Checklist des prérequis matériels

L'autonomie suppose des conditions matérielles. Vérifier que le·a jeune dispose de :

- Un téléphone avec une carte SIM fonctionnelle.
- Les numéros enregistrés : médecin généraliste, MdM, SAMU/15.
- Des possibilités d'accéder à internet.
- Un compte Doctolib créé et fonctionnel quand le·a jeune dispose d'un smartphone.
- Un système pour noter ses rendez-vous (agenda papier ou application).
- Une pochette ou un classeur pour ses documents de santé.
- Son carnet parcours de santé à jour.
- Sa carte AME ou son attestation d'assurance maladie.
- Une carte de transport.
- Une carte de domiciliation.

**TÉMOIGNAGE.**

« La fois passée, quand on est parti, ils m'ont montré comment faire. Quand tu arrives, il faut d'abord passer dans le secrétariat. Après, tu vas voir le médecin. Ils t'expliquent comment faire tout ça. Et je l'avais capté. » — Jeune accompagné par le programme.

En résumé**La posture d'accompagnement vers l'autonomie**

L'autonomie ne se décrète pas : elle se construit progressivement, à travers des expériences accompagnées qui permettent au·à la jeune de prendre confiance.

Elle repose sur trois dimensions complémentaires : **les compétences liées à l'accès aux soins, les capacités personnelles et les conditions environnementales.**

La clé : informer, préparer, faire avec, vérifier, répéter, puis se retirer progressivement – en évaluant régulièrement la progression du·de la jeune sur ces trois dimensions, tout en gardant une posture de non-substitution qui place le·a médecin généraliste au centre du parcours de soins.

Remerciements

Ce rapport repose sur un travail de documentation des pratiques, nourri par les contributions de nombreux·ses professionnel·le·s et acteur·rice·s associatif·ve·s engagé·e·s sur le terrain auprès des Mineur·e·s Non Accompagné·e·s à Nantes. Nous adressons nos sincères remerciements à l'ensemble des personnes rencontrées lors des entretiens, ainsi qu'aux structures qui ont partagé leur expérience et leurs observations avec rigueur et sincérité.

Coordination, recueil de données, analyse et rédaction :
Faustine Douillard et Tatiana Ángel López.

Remerciement spécial : L'équipe du programme MNA de Médecins du Monde Nantes, pour son engagement, sa disponibilité et la richesse des échanges.

Contributions

- *Équipe MdM salariée* : Mathieu Quinette (coordinateur), Catherine Oliviero (responsable des activités médico-psycho-sociales), Juliette Naud (médiatrice en santé).
- *Bénévoles MdM* : Mireille Zacharow et Marie-Sophie Destandau (responsables de mission), Marie-Pierre Barbier, Maria Liet, William Tessier, Christine Lecorvec, Dominique Martin.
- *Collectif MNA 44* : Maïté Cosnard (Hébergeurs solidaires), Christine Bernazeau (LDH), Dominique Lemoine (RESF), Firas Djaber (École HLM).
- *Associations et partenaires santé* : Isabelle Le Sommer et Adeline Vincens (ANEF-FERRER), Samuel Poirier (CEMEA Pays de la Loire – Espace TAMO), Dr Faustine Vuillat (médecin généraliste), Juliette Safatly (CPAM – CES).
- *CESaME 44* : Yvanne Thobie (cheffe de service), Jill Carrillo (psychologue), Hélène Legras (infirmière).
- *Institutions* : Xavier Samson (Mairie de Nantes – Santé publique), Kaja Skowronska (Mairie de Nantes - Inclusion sociale), Émilie Suaud (Conseil Départemental 44).
- *Jeunes accompagné·e·s* : D., G., K., A., K., M., M. (initiales modifiées pour garantir l'anonymat).

Relecture : Pauline De Smet

Mise en page : Christophe Le Drean

Photographies : Olivier Papegnies



**SOIGNE AUSSI
L'INJUSTICE**