

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*

SYNTHÈSE

**Accédez au
rapport complet
avec ce QR code**



SOMMAIRE

220 JEUNES, 10 ANS D'EXPÉRIENCE	2
Comment ce rapport a-t-il été construit ?	3
Comment le rapport est-il organisé ?	3
COMPRENDRE	5
Les MNA en recours : un public exclu de la protection de l'enfance	6
L'impact sur la santé : une approche par les déterminants	6
Comprendre le territoire pour choisir une stratégie pertinente	7
SE POSITIONNER	9
Trois cadres de référence complémentaires	10
Une posture singulière : quatre piliers	10
Trois niveaux d'action interdépendants	11
AGIR	13
L'accompagnement : un parcours vers l'autonomie en santé	14
Quatre étapes progressives	14
Un espace stable et sécurisant	14
La posture d'accompagnement : deux piliers indissociables	15
L'autonomie en santé : l'objectif central	15
Les briques opérationnelles du programme	15
La médiation en santé vers le personnel de santé	16
L'écosystème et la coordination	16
Le plaidoyer : faire évoluer le système par l'action collective	17
Résultats concrets obtenus	18
SÉCURISER	19
L'équipe : une composition pensée	20
Le cadre protecteur	20
L'organisation du travail	21
Les outils au service de l'accompagnement	21
OÙ TROUVER QUOI ?	23

220 JEUNES, 10 ANS D'EXPÉRIENCE



TÉMOIGNAGE.

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

En 2024, 220 jeunes se déclarant mineur·e·s non accompagné·e·s (MNA) et non reconnu·e·s comme tel·le·s par les autorités ont été accueilli·e·s par Médecins du Monde à Nantes. Sans protection, souvent à la rue, ils-elles attendent 12 à 24 mois qu'un·e juge statue sur leur situation. Depuis 2016, le programme MdM les accompagne vers la santé par la médiation en santé.

Ce document est la synthèse de dix années d'expérience. Il s'adresse aux professionnel·le·s du médico-social, coordinateur·rice·s, responsables associatif·ve·s, bénévoles et institutions souhaitant comprendre cette méthodologie et l'adapter à leur propre contexte. Il ne présente pas un modèle à reproduire tel quel, mais une boîte à outils méthodologique nourrie par la pratique de terrain.

EN QUELQUES CHIFFRES

220

jeunes accompagné·e·s en 2024.

31 %

taux de reconnaissance de minorité lors de l'évaluation initiale (54 % en 2015).

87 %

jeunes en situation de rue lors de leur première visite.

28 entretiens, 2 ateliers collectifs

pour construire cette capitalisation.

Comment ce rapport a-t-il été construit ?

La capitalisation repose sur une approche qualitative centrée sur l'expérience vécue par les acteur·rice·s du programme : salarié·e·s, bénévoles, pairs-aidant·e·s, jeunes accompagné·e·s, partenaires associatif·ve·s et institutionnel·le·s. Trois méthodes complémentaires ont été mobilisées : une analyse documentaire approfondie (rapports d'activité, outils, notes de plaidoyer), 28 entretiens semi-directifs avec l'ensemble des parties prenantes, et 2 ateliers collectifs complétés par des observations de terrain.

Comment le rapport est-il organisé ?

Le rapport suit la logique de l'intervention du programme MNA de Médecins du Monde : comprendre le contexte avant d'agir, se positionner avant de mettre en œuvre et sécuriser les conditions pour durer.

Le rapport complet est accompagné de 13 annexes organisées en trois catégories (A à C), détaillées en fin de document. Tout au long de cette synthèse, des encadrés facilitent la lecture :



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.*



MAROC

↑
ALGERIE

↑
NIGER

↑
NIGERIA

CHR

CAMEROUN

COMPRENDRE

Le public, ses parcours et son environnement

Dans cette partie *Comprendre le contexte*

Cette partie pose les bases nécessaires avant toute intervention : qui sont les jeunes concerné-e-s, comment leur parcours affecte leur santé, et quel est l'écosystème territorial dans lequel s'inscrit l'action.

Sections du rapport complet

- Page 16 Les MNA en recours : comprendre le public et son parcours
- Page 18 L'impact du parcours sur la santé : une approche par les déterminants
- Page 25 Comprendre le territoire pour choisir une stratégie pertinente

Grandes idées

Le refus de reconnaissance de minorité place les jeunes dans une situation de double négation – administrative, puisqu'ils-elles perdent l'accès aux dispositifs de protection de l'enfance, et humaine, puisque leur parole et leur parcours sont mis en doute. Cette exclusion génère une précarité multidimensionnelle qui touche à la fois la santé, le logement, la scolarité et les liens sociaux. Pour comprendre comment ces difficultés s'imbriquent, l'analyse par les déterminants de santé offre une grille de lecture structurante : elle met en évidence des obstacles qui opèrent à plusieurs niveaux – individuel, milieu de vie, systèmes de soins et contexte politique – et qui se renforcent mutuellement. C'est à partir de cette compréhension globale que le diagnostic territorial prend tout son sens : en croisant les besoins identifiés avec les ressources existantes sur un territoire donné, il permet de repérer les manques, les points d'appui et les alliances possibles avant de construire une réponse adaptée.

Annexe associée au rapport complet

Annexe A.2, Arbre à problèmes du programme MNA de février 2020

Toute intervention suppose d'abord de comprendre à qui elle s'adresse, dans quel contexte, et pourquoi les réponses existantes ne suffisent pas. Cette première partie pose les bases de cette compréhension.

Les MNA en recours : un public exclu de la protection de l'enfance

À partir de 2015, Nantes a connu une augmentation des arrivées de jeunes se déclarant mineur·e·s non accompagné·e·s (MNA). À leur arrivée en Loire-Atlantique, ils·elles sont orienté·e·s vers un dispositif de mise à l'abri et d'évaluation (cinq jours d'hébergement). Deux issues sont possibles : la reconnaissance de la minorité (prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance) ou le refus (fin immédiate de la mise à l'abri). En 2024, le taux de reconnaissance du conseil départemental de Loire-Atlantique n'était plus que de 31 % – contre 54 % en 2015. Près de 7 jeunes sur 10 se déclarant mineur·e·s restent donc sans protection.

À la suite d'un refus, les jeunes peuvent saisir le·a juge des enfants. À Nantes, cette procédure dure 12 à 24 mois et n'est pas suspensive : pendant toute cette période, les jeunes ne sont pas protégés et ne bénéficient ni d'un hébergement, ni d'un accompagnement socio-éducatif. Même en cas de décision judiciaire reconnaissant la minorité et l'isolement, un appel du département peut aboutir à une nouvelle fin de prise en charge et à une nouvelle mise à la rue.

En 2024, Médecins du Monde a accueilli 220 jeunes dans cette situation. La majorité déclarait avoir entre 15 et 16 ans et la moyenne d'âge à la première visite était de 15 ans et demi. Le public est majoritairement masculin (88 %) et originaire d'Afrique subsaharienne francophone (96 %), principalement de Guinée-Conakry (41 %), de Côte d'Ivoire (20 %) et du Cameroun (12 %). 87 % des jeunes étaient à la rue le jour de leur première visite.



À RETENIR.

Le refus de reconnaissance de minorité produit une double négation : administrative (contestation de l'âge et de l'isolement) et humaine (exclusion du système de protection). Placé·e·s dans un statut intermédiaire sans droits effectifs, ces jeunes vivent une incertitude prolongée qui affecte directement leur santé mentale et physique.

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

La santé physique des MNA peut être marquée par des infections (hépatite B, tuberculose), des troubles bucco-dentaires, des traumatismes et des problèmes digestifs liés à la malnutrition et au stress.

La santé mentale peut être également fortement affectée et après la violence du parcours migratoire, le refus institutionnel alimente un découplage profond : dépression, anxiété, stress post-traumatique touchent jusqu'à 50 % des jeunes.

En plus de ce tableau clinique, l'instabilité du quotidien complexifie très fortement la continuité des soins.

L'analyse par les déterminants sociaux met en évidence des obstacles à plusieurs niveaux qui se superposent et se renforcent :

Niveaux	Exemples d'obstacles concrets
Individuel	Barrière linguistique, faible connaissance du système de santé, représentations culturelles du soin, fragilité adolescente.
Milieu de vie	Isolement social, rupture familiale, défiance envers les institutions, pas de réseau structuré.
Système de santé	Exigence de domiciliation, méconnaissance des exceptions légales par les soignants, consultations trop courtes, manque d'interprétariat.
Système juridique	Pas de bilan de santé systématique à l'évaluation, critères subjectifs, recours non suspensif.



POUR APPROFONDIR.

Le rapport complet (partie Comprendre, p. 15) détaille trois niveaux de déterminants avec des exemples issus du terrain.

Consulter également l'avis HCSP relatif au bilan de santé MNA (<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=753>) et le guide de la DGCS sur l'évaluation des besoins en santé des MNA (https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-07/guide_premiere_evaluation_besoins_sante.pdf).

Comprendre le territoire pour choisir une stratégie pertinente

À Nantes, la mobilisation autour des MNA était forte mais fragmentée : interventions sectorielles, peu d'articulation entre acteur·rice·s, santé reléguée à la marge des préoccupations. Avant de définir son intervention, MdM a réalisé un diagnostic territorial renouvelé au fil de l'action. Six besoins non couverts de manière structurée ont été identifiés : l'articulation santé/besoins fondamentaux, un accueil de jour adapté, une interface avec le système de santé, une première écoute en santé mentale, de la prévention adaptée et un plaidoyer sanitaire documenté.



À RETENIR.

Le diagnostic territorial comme préalable. Avant de lancer une intervention, il est indispensable de cartographier l'existant : quels acteur·rice·s sont déjà présent·e·s, quels besoins restent non couverts, quelles alliances sont possibles. Ce diagnostic doit être renouvelé régulièrement car l'écosystème évolue.



LES Nuits Blanches

elle n'a pas eu d'enfants avec
me, elle me frappe. In
Ma maman est morte et il me manquait 650 fra

je veux pas faire pa
L
us froid
voulons pas faire pa

lle, pendant que je dors
e n'ai pas besoin ». Après, un

franglais et à compter. Quand j'ai
on est né dedans ! A l'école j'ai appris que
ballon, le maillot... mais
s. Enfin oui : j'avais ré
Afrique, tu n'as
SUIS PARTI

pas de bons souvenirs.
Afrique, tu n'as pas le droit de rêver. En Afrique, tu n'as même pas pensé que tu allais devenir
un et je n'ai donc jamais eu de rêves. Enfin oui : j'avais rêvé de devenir footballeur, je vivais
et il m'achetait toujours le ballon, le maillot... mais il me disait que je devais étudier.

En Afrique, on dit que ce sont les
suis parti parce que je n'avais pas
ble.
Amara, elle est pêcheur, n'a recueilli. Je ne veux pas retourner au village de ce grand et j'ai rêvé, c'est là que mon rêve a commencé.
Je suis parti parce que je n'avais pas
ble.

Je me garder, j'avais
m'a chassée. J'avais 13 ans.
me. J'ai ramassé des plastiques à la déchetterie pour
grand et j'ai rêvé, c'est là que mon rêve a commencé.
Je suis parti parce que je n'avais pas
ble.

Personne ne me comprend. Je n'ai confiance en personne. L'aminé ça n'existe pas.
plusieurs personnes, tu n'y crois plus. Je ne veux pas me mettre à y croire. L'amour
serait un bon début.
musique me console, le sport me console, le Bon Dieu me console
tout le monde. Je ne crois pas que je fais partie des
malchance.

de la
Je ne vois
sommambule.
peur, on attend beaucoup de
bit descendre la dalle
Je ne vois
sommambule.
peur, on attend beaucoup de
bit descendre la dalle
Je ne vois
sommambule.
peur, on attend beaucoup de
bit descendre la dalle

SE POSITIONNER

Les fondements de l'intervention

Dans cette partie *Comprendre le contexte*

Sections du rapport complet

- Page 30 Trois cadres pour agir (santé globale, médiation en santé HAS, stratégie France MdM)
- Page 33 Une posture singulière : quatre piliers (aller vers, faire avec, non-substitution, réseau)
- Page 37 Agir à trois niveaux : de l'individu au système
-

Grandes idées

La médiation en santé, telle qu'elle est pratiquée ici, dépasse largement l'accès aux soins : en intégrant les déterminants sociaux, administratifs et environnementaux, elle aborde la santé comme un tout indissociable des conditions de vie. Cette approche globale en santé suppose une posture spécifique, construite sur un équilibre exigeant entre « aller vers » les personnes les plus éloignées du système et « ne pas se substituer » aux acteur·rice·s de droit commun. L'enjeu est d'accompagner les MNA sans créer de lien dépendance, en travaillant systématiquement à ce que chaque jeune puisse, à terme, accéder par lui-elle-même aux dispositifs existants. Pour que cette posture produise des effets durables, elle se déploie simultanément à trois niveaux – l'accompagnement individuel, la coordination avec le réseau de partenaires, et le travail sur les cadres institutionnels – qui se nourrissent mutuellement : les situations individuelles révèlent les blocages systémiques, le travail en réseau ouvre de nouvelles solutions, et les avancées institutionnelles transforment les conditions d'accompagnement au quotidien.

Annexe associée au rapport complet

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

Comprendre le contexte ne suffit pas : il faut aussi clarifier le cadre dans lequel on intervient, la posture que l'on adopte, et les niveaux sur lesquels on choisit d'agir. Cette partie articule principes théoriques et posture concrète.

Trois cadres de référence complémentaires

L'intervention repose sur trois cadres qui orientent à la fois les choix opérationnels et la manière d'être auprès des jeunes :

Cadre	Principe	Ce que ça change concrètement
Approche globale de la santé	Trois composantes indissociables : santé physique, santé mentale, déterminants de la santé	On ne dissocie pas le soin du logement, des droits ou du lien social. Un·e jeune à la rue ne peut pas « <i>bien se soigner</i> ».
Médiation en santé (référentiel HAS)	Double direction : accompagner le public ET agir sur le système	Le·a médiateur·rice en santé facilite la rencontre entre les jeunes et le personnel soignant. Il ne se substitue ni à l'un·e ni à l'autre.
Stratégie France de MdM	Quatre orientations : promouvoir la santé, renforcer le pouvoir d'agir, coalitions, engagement	Accompagnement, soins, témoignage et plaidoyer sont articulés, pas séparés.



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.

Une posture singulière : quatre piliers

Ces cadres se traduisent dans une posture concrète guidée par quatre piliers, dont la flexibilité constitue le fil conducteur :

- 1. Aller vers et créer le lien.** L'intervention se déplace là où les jeunes se trouvent, en s'appuyant sur des structures déjà présentes (accueils de jour) et l'équipe est en lien avec les dispositifs qui interviennent au plus près du public.
- 2. Faire avec, pas à la place.** La médiation vise à renforcer l'autonomie, pas à créer des liens de dépendance. L'équipe suit une progression pédagogique : informer, faire avec, puis laisser faire.

3. **Ne pas se substituer au droit commun.** Plutôt que de créer un dispositif parallèle, renforcer l'accès au droit commun (médecins généralistes, centres médico-psychologiques, dispositifs publics). Les dysfonctionnements observés alimentent le plaidoyer.
4. **Travailler en réseau.** La médiation en santé est une fonction d'interface qui nécessite un ancrage territorial fort et une complémentarité avec les acteur·rice·s existant·e·s.



TÉMOIGNAGE.

« Je ne veux pas être un intermédiaire. Le médiateur est un facilitateur. La médiation, elle est vouée à disparaître à un moment donné. Il faut que ce soit un passage. » — Responsable de mission MdM.

Trois niveaux d'action interdépendants

La posture structure l'intervention sur trois niveaux qui se nourrissent mutuellement : le niveau individuel (sécuriser et accompagner chaque jeune), le niveau réseau (coordonner les acteur·rice·s pour fluidifier les parcours), et le niveau système (transformer les cadres institutionnels par le plaidoyer). Le cycle terrain → documentation → plaidoyer → évolutions → terrain crée une dynamique d'amélioration continue : les blocages observés au quotidien nourrissent les actions de plaidoyer, dont les avancées transforment les conditions d'accompagnement.



POUR APPROFONDIR.

Le référentiel HAS de la médiation en santé de 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).

Le guide MdM sur l'accès aux soins et aux droits des MNA en France de 2017 (https://www.gisti.org/IMG/pdf/guide_mna-mdm_partenaires.pdf).

Le Plan stratégique MdM 2024-2027 (<https://www.medecinsdumonde.org/publication/le-plan-strategique-de-medecins-du-monde-2024-2027>).

DROIT
A UNE
IDENTITE

DROIT
A
L'EDUCATION

JUSTICE POUR LES JEUNES
ISOLES ETRANGERS



JUSTICE POUR LES JEUNES
ISOLES ETRANGERS

VIVE
DROITS
L'ENFA



AGIR

L'intervention concrète : de l'individu au système

Dans cette partie *L'intervention concrète*

Sections du rapport complet

- Page 40 L'accompagnement : parcours en 4 étapes, organisation du programme, posture, autonomie, briques opérationnelles, médiation vers le personnel soignant.
- Page 70 L'écosystème et la coordination : réseau de partenaires, sphères d'intervention, espaces de coordination, parcours fluides.
- Page 80 Le plaidoyer : méthodologie, cas pratiques (note ARS, hébergement Broussais), résultats obtenus
-

Grandes idées

Au-delà de l'accès aux soins, l'accompagnement des MNA vise un objectif central : l'autonomie en santé de chaque jeune. Pour y parvenir, il mobilise de façon indissociable des compétences techniques – connaissance des droits, du système de soins, des parcours administratifs – et une posture relationnelle fondée sur l'écoute, la confiance et la progressivité. Ce travail ne se fait pas uniquement en direction des jeunes : la médiation en santé opère aussi vers le personnel soignant, en facilitant la compréhension mutuelle, en levant les malentendus culturels ou administratifs, et en créant les conditions d'un accueil adapté. Mais ni le·a médiateur·rice ni aucun·e autre acteur·rice ne peut, à lui·elle seul·e, répondre à l'ensemble des besoins. C'est pourquoi l'accompagnement individuel ne prend tout son sens que lorsqu'il s'inscrit dans un écosystème coordonné, où chaque partenaire intervient dans son champ de compétence au sein de parcours construits collectivement. Enfin, l'expérience accumulée sur le terrain alimente un travail de plaidoyer qui suit un cycle structuré – observer les blocages, les documenter factuellement, mobiliser les acteur·rice·s concerné·e·s, obtenir des transformations – et qui a produit des résultats tangibles en matière d'accès aux soins, de reconnaissance des droits et de coordination entre institutions

Annexes associées au rapport complet

Fiches d'activité B.1 à B.7
Fiches thématiques C.1 à C.4

Cette partie – la plus développée – décrit comment les principes se traduisent dans les pratiques. Elle fournit les éléments opérationnels pour toute organisation souhaitant reproduire ou adapter cette approche. L'intervention se déploie simultanément à trois niveaux : l'accompagnement des jeunes et la sensibilisation du personnel soignant (micro), la coordination territoriale (méso), et le plaidoyer (macro).

L'accompagnement : un parcours vers l'autonomie en santé

Quatre étapes progressives

Le parcours d'accompagnement est conçu comme une progression vers l'autonomie, en quatre étapes :

- **Étape 1 – Sécuriser les préalables** : domiciliation au centre communal d'action sociale (CCAS), ouverture des droits à l'Aide médicale de l'État (AME). L'aboutissement de ces étapes administratives est un préalable à l'accès aux soins.
- **Étape 2 – Entrer dans le parcours de soins** : identification et orientation vers un·e médecin généraliste, explication du système de santé, accompagnements aux premiers rendez-vous.
- **Étape 3 – Répondre aux besoins identifiés** : soins somatiques et parcours de dépistage, santé mentale (entretiens d'écoute, orientation CESaME 44), prévention (examen de prévention en santé, ateliers collectifs).
- **Étape 4 – Autonomie** : les jeunes prennent progressivement en charge leur parcours de santé – savent où aller, comment prendre rendez-vous, communiquer avec le personnel soignant.

Un espace stable et sécurisant

L'intervention s'organise autour d'un espace médico-psycho-social (MPS), conçu comme un lieu refuge : apaisant, convivial, où les jeunes peuvent se poser et être accueilli·e·s sans condition. Cet espace combine des temps collectifs (socialisation, information, entraide, ateliers) et des temps individuels (entretiens confidentiels, suivi personnalisé). La coexistence de ces deux dimensions est centrale : le collectif permet de créer du lien et de normaliser les difficultés ; l'individuel permet un accompagnement sur mesure.



TÉMOIGNAGE.

« C'est un lieu apaisant ici. Tu as vraiment envie de t'y reposer. Parce que tu vois qu'ils sont à l'écoute. Quand on vient ici, on ne parle pas seulement des choses médicales. On peut parler de nos problèmes. » — Jeune fille MNA.



POUR APPROFONDIR.

Voir l'annexe B.1, fiche d'activité – Les permanences d'accueil collectif.

La posture d'accompagnement : deux piliers indissociables

L'accompagnement repose sur des connaissances techniques (droits, système de santé, écosystème local) et une posture relationnelle (accueil inconditionnel, respect du rythme, flexibilité, non-jugement). Ces deux piliers sont indissociables : la compétence technique sans la qualité relationnelle ne produit pas d'adhésion ; la qualité relationnelle sans la compétence technique ne résout pas les problèmes concrets.



POUR APPROFONDIR.

Voir l'annexe C.1, fiche thématique – La posture dans l'accompagnement des MNA.

L'autonomie en santé : l'objectif central

L'objectif est de construire progressivement la capacité des jeunes à comprendre leurs droits, naviguer dans le système de santé, gérer leurs rendez-vous et communiquer avec le personnel soignant. Pour y parvenir, l'accompagnement suit une méthode pédagogique en six temps : informer, préparer, accompagner, vérifier la compréhension, répéter, puis se retirer progressivement.



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. Et je l'avais capté. Aujourd'hui, j'ai décidé d'essayer par moi-même. » — Jeune garçon MNA.



POUR APPROFONDIR.

Voir l'annexe C.4, fiche thématique – L'accompagnement vers l'autonomie en santé des MNA.

Les briques opérationnelles du programme

Le dispositif se décline en briques d'actions complémentaires, chacune répondant à un objectif précis dans le parcours d'accompagnement :

Brique	Description synthétique	Fiche annexée
Permanence d'accueil médico-psycho-sociale	Point d'entrée principal : premier accueil, écoute, information, recueil des besoins, orientation.	C.1.1
Entretiens individuels	Écoute approfondie, évaluation globale, construction du plan d'accompagnement, suivi personnalisé.	C.1.2
Accompagnements physiques	RDV médicaux ou administratifs avec les jeunes, incluant préparation et débriefing.	C.1.3

Brique	Description synthétique	Fiche annexée
Ateliers collectifs	Séances thématiques adaptées : système de santé, prévention, santé mentale, vie affective et sexuelle, hygiène...	C.1.4
Entretiens d'écoute et d'orientation (EEO)	Première écoute psychologique, repérage des besoins en santé mentale, orientation vers les dispositifs de droit commun.	C.1.5
Examen de prévention en santé (EPS)	Bilan de santé complet via le centre d'examens de santé de la CPAM, rendu possible par le plaidoyer de MdM.	C.1.6
Pair-aidance	Des MNA actuel·le·s ou ancien·ne·s usager·e·s deviennent bénévoles pour accueillir, faciliter la confiance et partager leur expérience.	C.3.1



ILLUSTRATION.

La pair-aidance, une innovation structurée. Des jeunes ayant vécu le rejet de minorité et le parcours de recours juridique deviennent bénévoles pair·e·s. Ils·elles participent aux permanences d'accueil, facilitent la communication interculturelle et partagent leur expérience. Le dispositif est encadré par une charte, une formation spécifique (incluant des mises en situation) et des réunions régulières dédiées. Cette pratique renforce la mise en confiance des jeunes arrivé·e·s récemment et valorise les compétences de celles et ceux qui s'engagent.

➤ Voir annexe B.7, fiche d'activité – La pair-aidance.

La médiation en santé vers le personnel de santé

La médiation en santé fonctionne dans les deux sens : accompagner les jeunes vers les soins, et préparer les professionnel·le·s à les accueillir. Beaucoup de médecins généralistes ne connaissent pas ce public et n'ont pas pour habitude d'avoir recours à l'interprétariat. La médiation vers le personnel de santé vise à : sensibiliser aux spécificités des MNA, clarifier les droits et procédures, identifier des médecins généralistes, faciliter l'accès à l'interprétariat et documenter les obstacles pour le plaidoyer.



POUR APPROFONDIR.

Voir annexe C.3, fiche d'activité – La médiation en santé auprès des professionnels de santé.

L'écosystème et la coordination

L'accompagnement individuel ne suffit pas : pour que l'accès aux soins devienne réel, il doit s'inscrire dans un écosystème coordonné. Sans coordination, les jeunes font face à un système fragmenté : démarches multiples, répétitions, ruptures de parcours. À Nantes, quatre types d'acteur·rice·s complémentaires sont mobilisés :

Type d'acteur·rice	Rôles	Exemples
Institutions	Application du cadre légal, décisions, accès au droit commun.	Département, ARS, Préfecture, Ville de Nantes...
Associations gestionnaires	Accompagnement structuré, suivi, expertise.	FTDA, Aurore, CESaME 44, Anef-Ferrer...
Associations militantes	Veille, alerte, plaidoyer.	Cimade, LDH, RESF...
Collectifs citoyens	Solidarité directe, hébergement, lien social.	Hébergeurs, familles d'accueil, écoles citoyennes...

Les besoins des jeunes sont regroupés en sphères interdépendantes – santé, droits, hébergement, besoins fondamentaux, éducation – et aucun·e acteur·rice ne peut tout porter seul·e.

Des espaces de coordination structurent cette collaboration : le collectif MNA 44 (coordination, veille et plaidoyer des associations militantes), le collectif Personne à la rue!, le groupe de travail pluri-partenarial « santé des MNA » créé en septembre 2022 et le projet territorial de santé mentale (PTSM) qui structure l'offre pour les personnes exilées.

Le plaidoyer : faire évoluer le système par l'action collective

Le plaidoyer est le troisième niveau d'intervention. Il prolonge l'action de terrain selon un cycle en quatre temps : observer les blocages, documenter avec des recueils de données structurés, mobiliser des coalitions, et transformer le système par des changements concrets. Le rôle spécifique de MdM a été de produire des données, formaliser les demandes et structurer le plaidoyer pour qu'il soit porté collectivement.



ILLUSTRATION.

La note de l'ARS relative à la prise en charge des MNA du 24/07/2023.

Depuis 2016, l'absence de tuteur·rice légal·e empêchait les MNA non reconnu·e·s d'accéder à certains actes médicaux (anesthésie, chirurgie). Pendant plusieurs années, les interpellations individuelles de MdM auprès de l'ARS n'ont pas abouti. En septembre 2022, un groupe de travail réunissant le département, la PJJ, le CHU, le CLAT, une maison de santé pluriprofessionnelle, des associations gestionnaires pour l'accompagnement des MNA pris en charge par le CD44 et MdM a été créé. Un courrier commun a été adressé à l'ARS. Quelques mois plus tard, la note d'instruction était obtenue. Elle est désormais utilisée systématiquement pour débloquer les situations.



ILLUSTRATION.

La création d'un accueil de jour jeunes migrants financé par la ville de Nantes. « Ce dispositif, c'est lorsqu'une action collective rencontre une volonté politique. L'action est partie d'un collectif qui s'est mobilisé ensemble et avec un financement de la ville de Nantes pour créer un accueil de jour. Si aujourd'hui la ville a écouté la demande, c'est parce que Médecins du Monde a su faire valoir l'intérêt de cette présence. » (Espace TAMO des CEMEA).

Résultats concrets obtenus

Domaine	Exemples de résultats
Accès aux soins	Note d'instruction ARS ; note interne du CHU ; dispositif d'accès à l'interprétariat de l'ARS pour les professionnels de santé libéraux ; dispositif CESaME 44 (santé mentale) ; carnet « Parcours de santé » ; accès au bilan de santé.
Conditions d'évaluation	Mise à l'abri systématique ; temps de répit avant évaluation ; entretien infirmier ; ouverture de droits AME ; fiche de transmission médico-sociale remise au moment du rejet.
Accès aux droits	Domiciliation au CCAS de Nantes ; conditions d'accès à l'AME (avec attestation de suivi MdM et respect des conditions prévues pour les mineurs).
Besoins fondamentaux	Levée des barrières pour l'accès aux dispositifs d'hébergement d'urgence (115, haltes de nuit) ; foyer Broussais avec 40 places pour les MNA en recours couplées avec accompagnement socio-éducatif ; accueil de jour jeunes migrants ; gratuité des transports ; restaurant social ; kits hygiène.
Coordination	Collectif MNA 44 (2018) ; groupe de travail pluri-partenarial « Santé des MNA » (2022).



À RETENIR.

Les facteurs de réussite du plaidoyer. Le succès repose sur des coalitions incluant des acteur·rice·s associatifs et institutionnel·le·s, un intérêt commun entre partenaires, des données documentées accompagnées de propositions opérationnelles (pas seulement des revendications), un leadership institutionnel porteur, et de la patience – le plaidoyer s'inscrit dans le temps long.

SÉCURISER

Les conditions de réussite de l'intervention

Dans cette partie *Les conditions pour durer*

Sections du rapport complet

- Page 90 L'équipe au cœur du dispositif : composition, recrutement, formations
Page 93 Le cadre protecteur : briefings/débriefings, binômes, rotation, analyse des pratiques, soutien psychologique
Page 95 L'organisation du travail : de l'urgence à la structuration
Page 98 Les outils au service de l'accompagnement : suivi, pilotage, interprétariat
-

Grandes idées

Intervenir auprès de jeunes en grande vulnérabilité ne s'improvise pas : sans cadre protecteur, le risque d'épuisement et de perte de qualité est réel pour les équipes comme pour les personnes accompagnées. Le programme repose sur une équipe mixte – salarié·e·s, bénévoles formé·e·s, pairs-aidant·e·s – dont la complémentarité constitue une force, à condition que chacun·e soit soutenu·e par un cadre structuré : briefings et débriefings, réunions d'équipe, groupes de travail, séances d'analyse de la pratique, répartition claire des rôles et montée en compétences continue. L'un des apprentissages majeurs du programme a été le passage d'une logique d'urgence permanente, où tout semble devoir être traité immédiatement, à une organisation planifiée qui assume de différer certaines réponses sans pour autant retarder la prise en charge – un changement de posture qui a profondément transformé les conditions d'intervention. Enfin, cette organisation s'appuie sur des outils concrets – dossier patient informatisé, trames d'entretien, suivi statistique, recours à l'interprétariat professionnel, transmissions, mémos et protocoles – qui garantissent à la fois la qualité de chaque accompagnement et la continuité du suivi lorsqu'un relais est nécessaire entre membres de l'équipe.

Agir auprès de jeunes en grande vulnérabilité ne s'improvise pas. Sans cadre sécurisant, le risque est double : épuisement des équipes et discontinuité pour les jeunes. Cette partie décrit les conditions organisationnelles et humaines qui rendent l'intervention soutenable dans la durée.

L'équipe : une composition pensée

L'intervention repose sur une équipe mixte associant salarié·e·s et bénévoles, avec des rôles complémentaires : une équipe salariée dédiée (coordinateur, responsable des activités médico-psycho-sociales, médiatrice santé) qui assure le pilotage, la coordination des parcours et les relations partenariales ; des bénévoles au cœur de l'action (permanences, entretiens, accompagnements, ateliers) ; des bénévoles pair·e·s (ancien·e·s ou actuel·le·s MNA) ; et des responsables de mission bénévoles garantes des valeurs et principes de MDM. Le recrutement est exigeant, les formations régulières, et la montée en compétences progressive.

Le cadre protecteur

L'accompagnement de jeunes en grande vulnérabilité expose les équipes à une charge émotionnelle et des risques psycho-sociaux forts. Le programme a construit un cadre protecteur structuré :

Dispositif	Description
Briefings et débriefings	Temps systématiques avant et après chaque permanence, animés par un·e salarié·e.
Travail en binôme	Règle pour toutes les activités, avec complémentarité des profils et de l'ancienneté.
Rotation	Les bénévoles tournent pour éviter toute relation exclusive avec un·e jeune.
Analyse de la pratique	Tous les deux mois, avec un·e intervenant·e extérieur·e.
Soutien psychologique	Dispositif proposé à l'ensemble des intervenant·e si le besoin est exprimé.

**À RETENIR.**

Différer ne signifie pas retarder. Différer un entretien de quelques jours (plutôt que de répondre dans l'urgence) permet un accompagnement de meilleure qualité, moins exposant pour l'équipe, sans perte de chance pour le-a jeune si le prochain créneau est rapproché. Le passage d'une logique d'urgence à une organisation structurée a été un apprentissage clé. Cette logique d'intervention nécessaire s'est mise en place avec la préoccupation d'apporter une réponse aux urgences (hébergement, soins) tout en différant ce qui peut l'être.

L'organisation du travail

Le programme est passé d'une logique d'urgence immédiate à une organisation structurée, fondée sur quatre choix : la séparation temporelle (permanences collectives et entretiens individuels sur des temps distincts et prévisibles), la séparation spatiale (espaces différenciés selon les fonctions), la ritualisation (mots d'accueil collectif, briefings et débriefings systématiques créant des repères stables), et une capacité de réponse rapide à court terme grâce à des créneaux suffisants.

Les outils au service de l'accompagnement

Catégorie	Outils	Fonction
Suivi des parcours	Dossier patient informatisé, logiciel de suivi de la file active.	Outil de suivi et de transmissions sur les parcours individuels et vision d'ensemble.
Accompagnement	Trames d'entretien ; coupons ; carnet parcours de santé ; attestations de suivi ; courriers d'orientations ; mémos et protocoles.	Standardiser ; prioriser ; centraliser.
Pilotage et plaidoyer	Planning en ligne ; tableau de bord des activités ; notes de synthèse ; rapports.	Données quantitatives pour suivre les activités et alimenter plaidoyer.
Transversal	Interprétariat professionnel par téléphone ; documents faciles à lire et à comprendre ; traduits en plusieurs langues.	Communication de qualité et accès effectif aux soins.



OÙ TROUVER QUOI ?

*Naviguer dans le rapport complet
et ses 13 annexes*

Le rapport complet est accompagné de 13 annexes classées en 3 catégories :

A	Cadrage et méthodologie	A.1 – Méthodologie de capitalisation
		A.2 – Arbre à problèmes du programme MNA de février 2020
B	Fiches descriptives des activités	B.1 – Les permanences d'accueil collectif
		B.2 – Les entretiens individuels sur rendez-vous
		B.3 – Les accompagnements physiques
		B.4 – Les ateliers collectifs
		B.5 – Entretiens d'écoute et d'orientation en santé mentale
		B.6 – L'examen de prévention en santé (EPS)
		B.7 – La pair-aidance
C	Fiches thématiques	C.1 – La posture dans l'accompagnement des MNA
		C.2 – La coordination du parcours d'accès à la santé, aux droits et aux soins
		C.3 – La médiation en santé auprès des professionnel·le·s de santé
		C.4 – L'accompagnement vers l'autonomie en santé des MNA



À RETENIR.

Comment utiliser cette capitalisation ? Ce rapport n'est pas un modèle à reproduire tel quel. C'est un guide méthodologique que chaque acteur·rice est invité·e à adapter à son territoire, son public et ses ressources. Le programme de Nantes a lui-même beaucoup évolué entre 2016 et 2026 : ce qui fonctionne résulte d'ajustements constants, pas d'un plan figé dès le départ.

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.

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 :* Maité 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 Vuailat (médecin généraliste), Juliette Safatly (CPAM – CES).
- *CESaME 44 :* Yvonne 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 et Mathieu Quinette



**SOIGNE AUSSI
L'INJUSTICE**