



Mémoire de Maîtrise en médecine N°5438

Mineur-e-s Non Accompagné-e-s : consensus suisse pour l'offre en santé mentale ?

Étudiante

Manon Cosnard

Tuteur

Prof Patrick Bodenmann

Médecin adjoint et responsable du
Centre des populations vulnérables (CPV)

Co-tuteur

Dr Javier Sanchis Zozaya

Médecin associé du
Centre des populations vulnérables (CPV)
Unité de Soins aux Migrants (USMi)

Experte

Dre Anne-Emmanuelle Ambresin

Médecin cheffe de
la Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA)

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Objectifs du travail	4
3.	But du travail	4
4.	Méthodologie	4
4.1	Revue de la littérature	4
4.2	Entretiens avec les acteurs vaudois	4
4.3	Sondage auprès des médecins cantonaux	5
5.	Résultats de la revue de littérature et des entretiens semi-structurés	6
5.1	Vulnérabilité des jeunes	6
5.2	Recommandations pour la prise en charge des soins psychiatriques	6
5.2.1	Dépistage	6
5.2.2	Suivi psychiatrique offert aux jeunes	10
5.2.3	Recommandations et interventions proposées dans la prévention	11
5.3	Barrières dans l'accès aux soins et le suivi	11
5.4	Facteurs protecteurs de la santé mentale et facteurs de risque	14
5.4.1	Facteurs de risque	14
5.4.2	Facteurs protecteurs	15
5.4.3	Actions proposées par la littérature et les intervenant-e-s du système vaudois	16
5.5	Conclusion	17
6.	Résultats du sondage auprès des médecins cantonaux	18
6.1	Données cantonales	18
6.2	Recommandations en matière de santé mentale (dépistage, prévention, suivi)	19
6.3	Barrières, difficultés d'accès aux soins	21
6.4	Déterminants de la santé mentale chez les MNA	22
7.	Discussion	23
7.1	La santé mentale, en parle-t-on aujourd'hui en Suisse ?	23
7.2	Comment organiser le système des soins en santé mentale auprès de ces jeunes ?	24
7.2.1	Dépistage	24
7.2.2	Suivi psychiatrique	26
7.3	Comment soutenir au mieux la santé mentale des MNA ?	27
7.4	Recommandations finales	29
8.	Limitations	30
9.	Conclusion	30
10.	Liste d'abréviations	31
11.	Annexes	32
11.1	Revue de littérature	32
11.2	Canevas des entretiens semi-structurés	36
11.3	Analyse des entretiens	39
11.4	Sondage et tableaux des résultats du sondage	41
12.	Remerciements	45
13.	Bibliographie	45
14.	Références bibliographiques	51

1. Introduction

Un mineur non accompagné (MNA) est défini en 1997 par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés comme « *une personne âgée de moins de dix-huit ans, [...] qui est séparée de ses deux parents et n'est pas prise en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire.* »¹ Les diverses législations suisses se réfèrent à cette définition. Quant au canton de Vaud, il définit dans la LOI 142.21 sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers (LARA) les MNA comme « *un demandeur d'asile n'ayant pas atteint l'âge de la majorité et dont le représentant légal ne se trouve pas sur territoire suisse* »². Chaque texte de loi comporte des articles avec des recommandations sur la prise en charge des MNA soulignant ainsi le fait que ces jeunes forment une population aux besoins spécifiques.

Durant ces dernières années, la Suisse et le canton de Vaud ont vu une augmentation de l'arrivée de ces jeunes en Suisse. Ils représentaient 7,3% des demandeurs d'asile en 2016 contre 3,3 en 2014. Ainsi le nombre des demandes d'asile des MNA pour la Suisse a passé de 795 en 2014 à 1'997 en 2016.³ L'augmentation rapide et avérée de cette nouvelle population a généré de nombreux défis pour la Confédération, les cantons et également la santé publique. Au sein de ces défis, une interrogation générale est apparue rapidement : quelle est la prise en charge optimale que l'on peut offrir à ces jeunes ? Depuis 2017, on observe une diminution du nombre d'arrivées des requérant-e-s d'asiles et des MNA. Il est néanmoins toujours pertinent de s'interroger sur les besoins de ces populations dont le flux des arrivées peut énormément varier d'une année à l'autre.

Comme la Suisse a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, il est légitime de se demander quelles mesures ont été prises pour respecter cette convention, qui prône l'intérêt supérieur de l'enfant (article 3)⁴, quand il s'agit de mineur-e-s non accompagné-e-s. Cette question se pose au niveau national mais également cantonal étant donné que la Confédération délègue au soin de chaque canton suisse la prise en charge de ces jeunes. Ceci au risque de créer des différences entre les cantons que ce soit dans l'hébergement, l'encadrement et l'accès aux soins. De nombreuses associations mettent aujourd'hui déjà en garde contre les différences de traitement des MNA. A l'image de Terre des hommes qui demande à la Confédération « *d'établir des standards clairs et mesurables* »⁵ pour la prise en charge des MNA. Ainsi la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), un organe fédéral ayant pour but de coordonner et encourager la coopération inter-cantonale, a publié en mai 2016 une série de recommandations relatives aux enfants et aux jeunes mineur-e-s non accompagné-e-s dans le domaine de l'asile en matière de politique sociale. Ce texte contient notamment une recommandation assez large à propos de l'offre en soutien psychologique et psychiatrique : « *L'offre en matière de soutien psychologique ou psychiatrique doit aussi pouvoir être sollicitée au besoin. Les enfants et les jeunes traumatisés par leur expérience de la fuite doivent faire l'objet d'une attention particulière à cet égard. Les personnes assurant l'encadrement – tout comme celles chargées de la représentation légale – doivent être sensibilisées en conséquence à ces problématiques, voire formées. Les autorités doivent s'assurer qu'elles puissent avoir accès à l'offre disponible et donner les impulsions nécessaires pour étendre cette offre.* »⁶

Toutefois ce n'est pas uniquement l'accroissement de cette population qui est à l'origine de ce travail mais également une série d'événements particulièrement inquiétants qui s'est déroulée à la fin de l'année 2016. En effet, en novembre 2016, le quotidien 24 heures (entre autres) rapporte 7 tentatives de suicide au sein d'un foyer lausannois hébergeant une cinquantaine de MNA⁷. Une telle information questionne la suffisance des ressources actuellement disponibles pour assurer l'encadrement de ces mineurs notamment au niveau du soutien psychologique, du dépistage et du traitement des troubles mentaux.

Le domaine de la santé mentale reste une préoccupation centrale dans la prise en charge des MNA. En effet, selon de nombreuses études notamment menées en Belgique⁸ ⁹, Norvège¹⁰ ou Suède¹¹, les MNA forment une population particulièrement vulnérable, notamment au niveau de la santé mentale. Ces études ont démontré un risque accru pour les MNA de développer des troubles psychiques par rapport aux requérant-e-s d'asile mineur-e-s accompagné-e-s. Ces jeunes sont plus souvent sujets à la dépression, aux troubles anxieux ainsi qu'au syndrome de stress post traumatique (PTSD). Grâce à ces études, on sait également que ces troubles, généralement présents dès l'arrivée du jeune dans son pays d'accueil, persistent même après plusieurs années de séjour s'ils ne sont pas pris en charge.¹²

2. Objectifs du travail

Ce travail est focalisé sur le thème de la prise en charge de la santé mentale des mineur-e-s non accompagné-e-s en Suisse. 3 objectifs ont été fixés :

1. Récolter des informations sur la santé mentale des mineur-e-s non accompagné-e-s et répertorier les recommandations, déjà existantes, de bonne pratique en matière de prise en charge de la santé mentale.
2. Résumer, à partir d'un travail effectué depuis fin 2016 par différents acteurs socio-sanitaires et de l'école vaudoise (GT MNA) sous la coordination du Service de la Santé publique, ce qui est proposé dans le canton de Vaud pour la prise en charge de la santé mentale des MNA. Obtenir une vue d'ensemble sur les acteurs de la situation et leurs rôles, répertorier les différents problèmes auxquels ils/elles sont confronté-e-s actuellement dans leur travail ainsi que les solutions envisagées. La situation du canton de Vaud est notre « cas d'école ».
3. Evaluer la situation nationale de la prise en charge de la santé mentale des MNA au travers d'une prise de contact avec les différents services de la santé publique.

3. But du travail

Ce travail nous permettra d'avoir une vue d'ensemble claire sur les pratiques actuelles de la prise en charge de la santé mentale des mineur-e-s non accompagné-e-s en Suisse ainsi que sur les opinions en la matière des principaux acteurs de la santé publique suisse. Grâce à notre enquête, nous développerons des recommandations pour l'harmonisation des soins en santé mentale offerts aux MNA. Nous effectuons cette démarche dans l'espoir d'éviter d'autres événements similaires à ceux de novembre 2016.

4. Méthodologie

Notre travail est basé sur une approche mixte, qualitative et quantitative et a été réalisé en trois étapes.

4.1 Revue de la littérature

Afin d'atteindre le premier objectif, une revue exhaustive mais non systématique de la littérature suisse et internationale a été effectuée à partir de plusieurs bases de données : PubMed, Google Scholar, The Medline, Scopus, PsycNet, Embase, Cochrane, etc. Les articles ont été sélectionnés sur la base des mots-clés suivants : unaccompanied migrant minors, unaccompanied refugee minors/adolescents, unaccompanied asylum-seeking adolescents/boys/children combinés au terme mental health.

Une recherche des recommandations a été également faite grâce aux ressources nationales des sites internet du Service Social International Suisse (SSI), de Terre des Hommes, de La Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) et de l'Alliance pour le droit des enfants migrants (ADEM). Quelques recommandations internationales ont aussi été récoltées via Google.

4.2 Entretiens avec les acteurs vaudois

La situation dans le Canton de Vaud a été étudiée en contactant les diverses infrastructures impliquées dans la prise en charge des MNA. Les contacts ont été pris par l'intermédiaire du Dr Javier Sanchis et du Professeur Patrick Bodenmann. 9 entretiens semi-structurés ont été menés avec ces professionnels. Un canevas d'entretien a été créé pour ce fait permettant d'aborder des thèmes communs et spécifiques aux diverses structures (annexe 11.2). Une brève introduction permettait de présenter le travail aux interlocuteurs. Les premières questions étaient générales avant de devenir plus ciblées sur certains sujets.

Les 9 entretiens ont été réalisés en direct (8) ou par téléphone (1) durant le mois de mai 2018. Ils ont duré entre 35 minutes et 1 heure 20. Après recueil du consentement oral des intervenants, tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. Des entretiens ont été menés avec les structures suivantes : le SUPEA, l'EM, l'USMI, l'EVAM, la DISA, l'unité Psy & Migrants, la fondation de Nant, le CREAL et une représentante de la santé publique vaudoise.

Les entretiens ont ensuite été analysés selon les 11 thèmes évoqués le plus fréquemment avec les intervenant-e-s : vulnérabilité des jeunes et difficultés dans leur prise en charge, évaluation du système,

attitude et organisation des soins psychiatriques, rôles des éducateurs-trices et des professeurs, réseau et ses problèmes, rôle parental/adulte de référence, dépistage, stressors quotidiens et facteurs protecteurs, désirs des MNA, compétences des jeunes (en santé, générales, culturelles), transition à l'âge adulte. Les entretiens ont également permis d'élaborer un schéma et un tableau du réseau entourant ces jeunes (annexe 11.3 : figure E et figure F) ainsi qu'un historique de leur prise en charge (annexe 11.3 figure D).

4.3 Sondage auprès des médecins cantonaux

Afin d'atteindre le reste de la Suisse, un sondage de type « SurveyMonkey » permettant la récolte de données qualitatives (via les commentaires) et quantitatives a été créé sur la base des données récoltées dans la revue de la littérature et durant les entretiens avec les acteurs du système vaudois. Le questionnaire était composé de 20 questions abordant 4 thèmes principaux : la situation des MNA dans chaque canton respectif, les recommandations en matière de santé mentale, les barrières et difficultés rencontrées dans la prise en charge psychiatrique des MNA et les déterminants de la santé mentale des MNA. Les répondant-e-s avaient la possibilité de laisser des commentaires sous chaque question. Le sondage a été traduit en allemand avec l'aide d'une étudiante suisse allemande.

Les professionnel-le-s ciblé-e-s par le sondage sont les médecins cantonaux suisses. Ce choix a été fait en considérant que les médecins cantonaux auraient une vue d'ensemble sur la situation et le point de vue de la santé publique. Le questionnaire a donc été adressé à 25 personnes (les cantons des Grisons et Glaris étant regroupés).

Le sondage a été envoyé avec un court mail d'introduction du travail pour la première fois en juillet 2018. Des rappels ont été envoyés en août, septembre et octobre. Afin d'augmenter la participation, le dernier rappel demandait aux médecins cantonaux de relayer le sondage à une personne qu'ils jugeaient compétente élargissant ainsi les répondant-e-s possibles.

Le sondage a été clos le 15 octobre avec 9 réponses sur 25 impliquant donc un taux de participation de 36%.

Figure 1: Cantons suisses ayant répondu au sondage.

Répondants :

Suisse romande : Vaud, Neuchâtel.

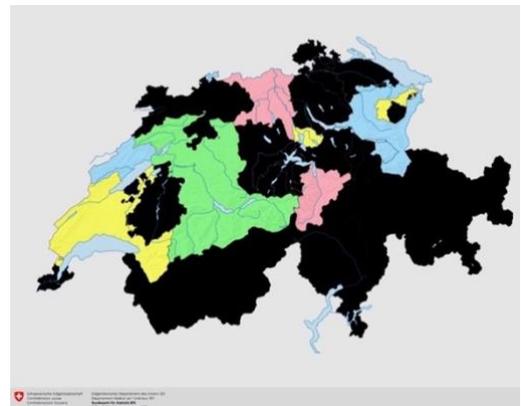
Suisse allemande : Saint-Gall, Appenzell Rhodes-Extérieures, Uri, Berne, Zoug, Bâle-Ville, Argovie.

Non-répondants :

Suisse romande : Jura, Valais, Genève, Fribourg

Suisse allemande : Grisons, Obwald, Nidwald, Glaris, Thurgovie, Soleure, Bâle-Campagne, Appenzell Rhodes-Intérieures, Schwytz, Lucerne, Zurich, Schaffhouse.

Suisse italienne : Tessin.



Chaque question a été analysée individuellement. Les commentaires ont été utilisés pour nourrir la discussion.

5. Résultats de la revue de littérature et des entretiens semi-structurés

La revue de la littérature et des recommandations sur les MNA ainsi que les 9 entretiens menés avec des acteurs du canton de Vaud ont permis de récolter une quantité importante d'informations. Ci-dessous se trouve un résumé des données collectées.

5.1 Vulnérabilité des jeunes

La littérature et les intervenant-e-s vaudois-e-s sont unanimes : *« les MNA pour nous c'est vraiment les plus vulnérables des plus vulnérables. On a des populations qui vont mal et qui psychologiquement ont très mal et qu'on ne peut pas toujours soigner rapidement et intégrer à l'école comme on voudrait parce qu'ils sont en détresse surtout sur le plan psy. »*

De nombreuses études l'ont montré, Sourander (1998), Bean et al. (2007), Hodes et al. (2008), Thommessen et al. (2013), les MNA sont plus à risque que les mineur-e-s accompagné-e-s et les jeunes autochtones de développer des détresses émotionnelles, des troubles internalisés, externalisés et des PTSD. La prévalence des troubles dans cette population est néanmoins très variable selon les études. Les différent-e-s auteur-e-s expliquent ceci par l'utilisation de différentes méthodes de détection des troubles ainsi que par la grande hétérogénéité des populations étudiées de MNA (pays d'origine, pays d'accueil, système d'accueil, événements vécus sur le parcours migratoire, etc.) Ainsi des diagnostics formels de stress post-traumatique sont posés chez 4.9% (2016, Marquardt) à 26.7% (2017, Mannhart et Freisleder) des jeunes. Quant aux dépressions, elles sont formellement diagnostiquées chez 5.9% (2016, Marquardt et al.) des jeunes. Dans d'autres études, un pourcentage plus important encore souffrirait déjà de symptômes de dépression, de PTSD et d'autres troubles. Ainsi jusqu'à 76% des jeunes montreraient des symptômes de stress post-traumatique (2017, Salari et al.) et jusqu'à 44% des symptômes de dépression (2014, Vervliet et al.). Cette haute prévalence de symptômes est reconnue par les acteurs du système vaudois. Un intervenant rapporte que la majorité de ces jeunes ont déjà une souffrance psychologique et tous ont des deuils à faire sans avoir forcément un diagnostic psychiatrique. *« Il faut aussi vous dire que dans la plupart des cas c'est pas un trouble. C'est plutôt un trouble de sa vie, il a perdu ses parents, il se retrouve au milieu d'un conflit. Il est maltraité durant le trajet. Donc on lui dit qu'il réagit normalement à une situation anormale. Il y a aussi des dépressions, des PTSD et des idées délirantes des fois. »* Derluyn et al. (2009), Hodes et al. (2008), Pinto Wiese et Burhortst (2007) montrent que ces jeunes ont en effet traversé un nombre plus important d'événements stressants que les réfugié-e-s accompagné-e-s et que la population native. Jensen et al. (2013) quantifient quant à eux à 5.5 le nombre moyen d'événements stressants vécus par les jeunes (6.2 pour Jakobsen et al. 2014, 6.83 pour Hodes et al. 2008). Il faut néanmoins prendre en compte que les échelles utilisées pour mesurer ces événements stressants ou traumatiques ne sont pas forcément les mêmes selon les articles.

En 2007, Bean et al. interrogent plus de 500 mineur-e-s non accompagné-e-s sur leur santé mentale 4 mois après leur arrivée puis répètent leurs mesures 1 an plus tard. Ils arrivent à la conclusion que 50% des mineur-e-s rapportent une souffrance psychologique sévère (mesurée par des questionnaires validés sur cette population tels que la Hopkins symptom checklist-37A (HSCL-37A) ou le questionnaire Reaction of Adolescents to traumatic stress (RATS)) à 4 mois mais également plus d'un an après leur arrivée. Les chercheurs soulignent donc le risque de chronicisation des troubles de ces jeunes. Jensen et al. (2014) relatent que 11% des jeunes de leur étude auraient des pensées suicidaires. Ramel et al. (2015) observent également un comportement suicidaire plus fréquent chez les mineur-e-s non accompagné-e-s que chez les mineur-e-s accompagné-e-s. En 2017, Mannhart et Freisleder dénotent que 77% des MNA hospitalisé-e-s d'urgence dans une clinique psychiatrique allemande présentaient un risque suicidaire important associé chez 20% à des comportements d'auto-agressivité.

5.2 Recommandations pour la prise en charge des soins psychiatriques

5.2.1 Dépistage

Pour une grande partie de nos acteurs sur le canton de Vaud, les professionnel-le-s de la santé mentale ne doivent entrer en jeu que pour les jeunes qui dysfonctionnent dans leur vie en Suisse, montrent des symptômes de souffrance psychique et qui ont été signalés comme tel par un-e autre professionnel-le. Concrètement cela signifie qu'on va d'abord *« mettre les jeunes dans le bain »* en leur proposant une

formation, des règles, un foyer, etc. Les premières difficultés seront notamment particulièrement perçues à l'école et au niveau du sommeil des jeunes. Ces difficultés ne témoigneront pas forcément d'un trouble psychiatrique en tant que tel mais plutôt d'une souffrance psychologique nécessitant déjà une aide.

Ce sont les professionnel-le-s quotidiennement autour des jeunes (les éducateurs et les éducatrices, les enseignants et les enseignantes, etc.) qui vont être interpellé-e-s par ces difficultés et alerter les professionnel-le-s de la santé mentale. En effet un intervenant de la santé mentale explique « *on intervient auprès des jeunes quand ça a été signalé* ». Un tel système sous-entend donc un corps éducatif et enseignant très au courant des problèmes potentiels de santé mentale de ces jeunes et très attentif aux signes d'une potentielle souffrance psychologique puisque ce sont les professionnel-le-s en première ligne. Différentes études soulignent également l'importance du rôle du corps enseignant et éducatif ainsi que le personnel social dans la détection d'une souffrance psychique chez les mineur-e-s non accompagné-e-s. Bean et al. en 2006 et 2007 ainsi que Michelson et Scare (2009), mettent en évidence via leurs études une sous-estimation et sous-détection par les enseignant-e-s et les travailleurs et travailleuses sociaux des difficultés émotionnelles vécues par leurs jeunes. Ils soulignent que cette sous-estimation génère dès lors le risque de « passer à côté » de jeunes qui nécessitent potentiellement de l'aide.

En 2015, Pastoor montre que la majorité du corps enseignant ne possède ni les connaissances ni les compétences nécessaires pour dépister les troubles dont souffriraient leurs élèves et pour être à l'aise dans leur suivi et rôle de soutien. De manière semblable, les travailleurs et travailleuses sociaux interrogés par Miller et al. en 2013 reconnaissent également le besoin important de soutien psychologique des mineur-e-s non accompagné-e-s encadrés mais la majorité ne se sentait pas adéquatement équipée pour prendre en charge des problèmes aussi complexes.

Afin d'éviter que les professionnel-le-s autour des MNA ne détectent pas une potentielle souffrance psychique, les études (Bean et al. 2006 et 2007, Vervliet et al. 2014, Derluyn et Broekeart 2007, Villanueva et al. 2017) recommandent un screening régulier de la santé mentale de ces jeunes par divers professionnel-le-s ainsi que la formation spécifique en santé mentale du personnel en contact avec ces jeunes qui doivent être au courant de l'importante prévalence de troubles psychiatriques chez cette population vulnérable. Au vu des pensées suicidaires identifiées (Jensen et al. 2014), les professionnel-le-s sont également invité-e-s à faire particulièrement attention au risque suicidaire chez ces jeunes. Le CDAS recommandent aussi que : « *les personnes assurant l'encadrement – tout comme celles chargées de la représentation légale –doivent être sensibilisées en conséquence à ces problématiques, voire formées.* »¹³

Les acteurs vaudois sont également conscients de la nécessité d'avoir des professionnel-le-s de 1^{ère} ligne bien formé-e-s dans ce domaine. « *Je pense qu'il y a aussi tout un travail de prévention à faire avec les professionnels qui s'occupent de ces jeunes, pour les aider à détecter aussi les signes de souffrance mentale, parce que ce n'est déjà pas toujours évident à détecter chez les ados. Avec les jeunes migrants c'est encore plus compliqué parce qu'ils ont une façon d'exprimer leur souffrance psychique qui va être différente* ».

Face à cette population qui est des plus complexe, un intervenant commente : « *la formation (de base des éducateurs et éducatrices) elle est solide, ils l'ont mais il faut aussi qu'ils s'adaptent à accompagner des jeunes qui arrivent et qui ne parlent pas français. Et puis c'est des ados, donc vous ajoutez un ado qui n'a pas de parents, qui n'est pas bien dans sa peau et puis qui ne parle pas bien français, cette difficulté-là, elle doit se travailler. Il faut monter les compétences des collaborateurs par de la formation continue. Parce que c'est un travail qui peut très vite user les gens. Ça on l'a vu dans les premiers éducateurs qu'on a engagé en 2015 justement parce qu'il n'y avait pas simplement à construire des foyers très rapidement mais il fallait aussi engager du personnel. Eh bien les premiers à 12 mois ils étaient morts.* »

Afin de s'assurer d'être au mieux à même de repérer une potentielle souffrance psychique, les éducateurs et les éducatrices abordent déjà ces thèmes dans leur formation de base, puis reçoivent un soutien des professionnel-le-s en santé mentale durant divers colloques et rencontres. Ceci de manière plus officielle depuis que le GT MNA a lancé des « supervisions/intervisions » pour le corps éducatif par les professionnel-le-s en santé mentale qui sont donc présent-e-s dans les coulisses et peuvent discuter avec les éducateurs

et les éducatrices « *des cas qui les inquiète. Il y a donc la mise en place d'un portage qui nécessite pas forcément notre intervention* ». La question du suicide et des idées reçues face au suicide sont des sujets également abordés dans ces supervisions.

Pouvoir offrir une formation plus large était également un des buts du GT MNA. Cette formation devait être ouverte à un public plus grand (corps enseignant, éducatif, tuteurs et tutrices, etc.) mais n'a malheureusement pas encore pu être mise en place. Il existait une réelle demande notamment au niveau du corps enseignant par exemple qui durant l'arrivée massive des MNA de 2015-2016 « *se sont sentis démunis. Plusieurs enseignants se sont sentis pas à la hauteur, nuls, qu'ils allaient empirer la situation. Donc oui, ils ont demandé aussi à pouvoir être formé, sur le traumatisme puisqu'on a eu quand même plusieurs tentatives de suicide, donc ils voulaient pouvoir détecter les signes avant.* » Au vu de la diminution actuelle des arrivées des MNA en Suisse, cette demande de formation faiblit et pour certains n'est plus adéquate à être intégrée dans la formation continue mais nécessiterait une intégration au cursus initial de base des enseignants et enseignantes. Ce sujet est toujours en cours de réflexion.

Depuis la mise en place, en octobre 2017, de l'équipe mobile du SUPEA (EM) regroupant des soignant-e-s ayant des compétences transculturelles, il y a dans les foyers MNA une première ligne en santé mentale pour aider dans la détection des troubles. L'équipe mobile intervient néanmoins également principalement vers les jeunes qui ont été signalés par le corps éducatif ou par d'autres professionnel-le-s. Des rencontres informelles avec les autres jeunes se font aussi de par la présence des membres de l'EM dans le foyer directement. L'EM ne fait donc pas une évaluation systématique en santé mentale de tous les jeunes MNA.

Un-e jeune ne dysfonctionnant pas n'aura donc pas systématiquement un contact formel avec les professionnel-le-s de la santé mentale. Un dépistage primaire s'effectue néanmoins par le personnel infirmier de l'USMI lors d'un entretien systématique à l'arrivée du jeune dans le canton de Vaud. Ce personnel est formé dans le domaine de santé mentale et investigate donc ces questions en parallèle à un premier examen physique. Il n'y a actuellement pas de questions types, de questionnaire ou de guidelines à suivre pour ce dépistage dans le canton de Vaud. C'est un dépistage qui s'adapte à chaque jeune.

Les recommandations du SSI¹⁴ vont également dans ce sens puisqu'ils recommandent un bilan médical systématique par des infirmiers-ères spécifiquement formé-e-s qui pourront dépister les maladies, handicaps ou troubles psychiques. Le SSI recommande également la présence d'un-e intervenant-e lié-e au quotidien du jeune (éducateurs, éducatrices, représentant-e légal-e) lors de cet entretien. Selon le SSI, ce premier entretien pourrait également être effectué par un ou une médecin. Le SSI propose dans son manuel de recommandations de prise en charge une check-list pour les soins.

Ce système actuel est néanmoins remis en cause par plusieurs intervenant-e-s qui désireraient avoir la présence d'un ou une psychiatre ou autre professionnel de la santé mentale dès l'arrivée du jeune dans le canton de Vaud afin de « *compléter ce que l'USMI fait déjà, en profitant de cette évaluation pédiatrique, qui doit être faite, pour qu'un psy soit présent. Ce qui fait que lorsqu'il y a des soucis psy, ce n'est pas un extra-terrestre qui arrive pour la prise en charge mais il ou elle est déjà connue du jeune. L'idée c'était un peu ça, être à même de dépister les difficultés le plus tôt possible.* » Cet avis est partagé par l'ADEM qui publie la résolution suivante après leur conférence en 2017 : « *un examen précoce réalisé par des spécialistes en psychiatrie et psychologie peut permettre de réduire les souffrances personnelles ainsi que les coûts sociaux susceptibles d'en découler.* »¹⁵. Ce projet est néanmoins difficile à réaliser au vu de la mobilisation très importante des ressources qu'il nécessiterait.

Dans tous les cas, de nombreux articles recommandent un dépistage systématique dès l'arrivée des jeunes du syndrome de stress post-traumatique (Salari et al. 2017, Jensen et al. 2013), des problèmes émotionnels et comportementaux (Derluyn et Broekeart 2007, 2008, Thommessen et al. 2013). Ce dépistage peut avoir lieu en utilisant diverses méthodes (questionnaires de dépistage, entretiens, observations des personnes clés (corps éducatif et enseignant) (Derluyn et al. 2009).

Pourquoi ne viser que les jeunes qui montrent des signes de souffrance psychique et sont détectés par les professionnel-le-s en 1^{ère} ligne ?

Car pour certains il ne faut pas psychiatriser tous les jeunes et ça serait « *un faux réflexe de vouloir envoyer chez le psy tous ces MNA* ». Certains pourraient s'en sortir sans avoir besoin d'un contact avec la psychiatrie ou en tout cas pas dans les premiers temps. En effet « *on sait qu'il y a eu des traumatismes énormes mais ils n'ont pas tous besoin d'un psy tout de suite* ». Une intervenante insiste particulièrement sur l'importance de respecter la chronologie du traumatisme : « *il y en a [des MNA] qui tiennent justement en n'en parlant pas trop, ils fonctionnent d'une certaine manière qui fait que ça ne veut pas dire que tout est réglé, ça peut ressortir à un autre moment, mais il faut travailler avec la chronologie du traumatisme.* ». Tout en faisant remarquer que l'accès à la psychiatrie est toujours offert si le jeune le demande, des mois voire des années plus tard mais que « *de forcer quelqu'un à voir un psy c'est compliqué.* »

Pour cette intervenante, certains jeunes pourraient s'en sortir uniquement via des facteurs protecteurs comme le football, l'école et les perspectives d'avenir.

Selon la littérature, l'assurance d'avoir une base stable permettrait déjà aux jeunes d'utiliser leurs ressources personnelles et seulement certains nécessiteraient des interventions thérapeutiques spécifiques (Jensen et al. 2013). Hopkins et Hill (2010) ajoutent que les jeunes ont avant tout besoin de créer de nouvelles amitiés et s'investir dans leur nouvelle vie avant toute intervention thérapeutique. Chase (2013) ainsi que Radjack et al. (2015), soutiennent que renforcer la sécurité ontologique des MNA (*can be understood as a stable sense of self, anchored in the belief that the events in one's life have a degree of certainty and continuity. (Giddens 1991)*) en promouvant leur éducation et organisant des activités qui permettent de générer une routine quotidienne (scolarisation, maintien des pratiques religieuses, etc.) et donc un sentiment de sécurité envers le futur serait aussi efficace que d'offrir des interventions en santé mentale.

Selon un intervenant, il faut aussi prendre en considération que le travail psychiatrique ne peut se faire que dans des conditions de sécurité relative. Sécurité que les jeunes ne ressentent pas forcément dès leur arrivée en Suisse. Certains auteurs partagent cette vision (Bean et al. 2007, Groark et al. 2011, Hopkins et Hill 2010). Une approche par étape de la santé mentale des jeunes est proposée. Les auteur-es soutiennent donc qu'il faudrait d'abord s'assurer que les besoins de base physiques et émotionnels des jeunes soient remplis (sécurité, opportunités d'éducation, supervision 24h/24h, ...) dans le but de leur offrir une stabilité sur laquelle les professionnel-le-s de la santé mentale pourraient bâtir leurs interventions thérapeutiques uniquement si nécessaire.

Cette attitude est néanmoins remise en cause par d'autres intervenant-e-s qui sont « *souvent interpellés par les jeunes qui posent problème* » mais qui ont le souci « *d'arriver dans la mesure du possible à être au courant de leur situation avant qu'ils ne posent problème* ». Ces professionnel-le-s témoignent donc d'un désir de repérer et entrer en contact avec les jeunes avant qu'ils ou elles ne dysfonctionnent et soient signalés par les éducateurs, les éducatrices, le corps enseignants ou les représentants légaux. Une intervenante propose même d'organiser systématiquement des rencontres avec un ou une psychiatre ou un ou une psychologue que ce soit pour offrir directement un suivi ou simplement pour s'assurer en 2 ou 3 rencontres que le ou la jeune va bien, qu'il ou elle élabore bien les deuils à faire etc. Cette intervenante réfute cette crainte de psychiatriser les jeunes car le suivi psychiatrique qui pourrait être offert ne consisterait pas uniquement à poser un diagnostic et donner des médicaments mais simplement à « *les accompagner d'un point de vue psychothérapeutique dans une phase de leur vie qui est forcément compliquée* ». Elle étaye ses propos par une comparaison avec des jeunes Suisses qui, en cas de disparition de leurs deux parents, seraient selon elle très vite amené-e-s à consulter un psychiatre.

D'autres auteur-e-s (Derluyn et al. 2008, Jakobsen et al. 2014, Mannhart et Freisleder 2017) recommandent également de prendre en charge dès que possible les mineur-e-s traumatisé-e-s afin d'améliorer leur pronostic et leur processus d'intégration. On recommande aussi une prise en charge préventive par les services de santé mentale des symptômes anxieux et/ou dépressifs ainsi que des symptômes du syndrome de stress post-traumatique des mineurs ne remplissant pas tous les critères diagnostic d'un diagnostic

psychiatrique pour prévenir une chronicisation (Jensen et al. 2013, Smid et al. 2011). Pour Derluyn et al. (2009) une offre de soutien psychique doit être disponible dès l'arrivée des jeunes mais également durant les années suivant leur arrivée.

5.2.2 Suivi psychiatrique offert aux jeunes

Tous les acteurs insistent sur l'importance du lien avec ces jeunes et ceci dans tous les aspects de leur prise en charge. Il semble particulièrement important au niveau de la relation thérapeutique. La création d'un lien est donc indispensable à la mise en place d'une thérapie efficace. Une fois que ce lien est créé et que le ou la jeune accepte l'aide qui lui est offerte, le système de psychiatrie vaudoise propose une panoplie de thérapies très large, allant du EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing et/ou des traitements médicamenteux, à des suivis psychothérapeutiques classiques. Pour d'autres « *ça va être plus un suivi centré sur leurs attentes, leurs difficultés mais qui sera quand même un dispositif d'écoute avec plus ou moins des conseils* ». Une intervenante propose également des séances de respiration pour gérer l'angoisse. Un autre intervenant plaide pour une pratique transdisciplinaire de la psychiatrie qui sort du cadre absolu de la psychothérapie. Il propose de se baser sur les ressources et intérêts des jeunes pour leur proposer des activités adaptées permettant un soin intégré. On ne peut selon lui pas forcément « *leur plaquer nos outils directement.* »

Certains articles s'interrogent si les thérapies connues sont aussi utiles et adaptées à la population des mineur-e-s non accompagné-e-s. Unterhitzberger et al. (2015) ont étudié l'efficacité de la « *trauma-focused cognitive therapy* » sur le syndrome de stress post-traumatique présenté par 6 mineurs non accompagnés. Leur résultat semble indiquer que cette thérapie est efficace avec néanmoins quelques modifications de protocole nécessaires. Meyer DeMott et al. mettent en place des groupes d'arts expressifs afin de tenter de soulager les symptômes post-traumatiques et améliorer la qualité de vie. Ils obtiennent des résultats légèrement meilleurs pour le groupe recevant de l'art thérapie. Les auteurs soulignent néanmoins le besoin d'études contrôlées pour réellement prouver la validité de ces thérapies. Michelson et Scare (2009), Metzner et al. (2016) dénoncent le manque de recherche et de littérature sur l'efficacité clinique des interventions de santé mentale envers cette population précise.

Plusieurs intervenant-e-s soulignent la nécessité de diversifier la pratique psychiatrique face à ces jeunes en remettant notamment en cause les soins basés uniquement sur la parole, l'évocation des émotions et du passé des jeunes. Une intervenante rapporte que de nombreux jeunes lui rapportaient qu'on leur avait demandé de parler mais qu'ils ou elles n'en avaient pas envie. Les demandes clairement formulées étaient plutôt en relation avec leur vie de tous les jours et leur futur « *Leur principale demande, c'est des papiers, de pouvoir travailler. J'ai besoin de faire une formation. J'ai besoin d'être autonome financièrement, d'avoir un appartement* ». Dans une étude de Chase et al. (2013), les jeunes montraient clairement dans le domaine de la santé mentale une préférence pour des interventions basées sur la préparation de leur futur et l'amélioration de leur situation actuelle plus que pour des thérapies ciblées sur leurs traumatismes passés.

Plusieurs intervenant-e-s rapportent donc que la porte d'entrée vers ces jeunes est souvent de s'intéresser d'abord à leurs besoins pratiques (ex : traitement pour l'acné, accès à un ordinateur, etc.) car « *si on commence d'emblée à essayer de voir s'il n'a pas le moral ou bien s'il a un syndrome de stress post-traumatique des fois les jeunes se ferment.* ». Cet intérêt premier pour les besoins du jeune sous-entend donc également une collaboration étroite avec les assistants et assistantes sociaux afin de pouvoir y répondre et créer ainsi un lien avec le jeune. Une intervenante soutient que « *si on fait un effort pour aller à la rencontre de ses besoins, il n'y a pas de raisons pour qu'il y ait plus de ruptures, au contraire, moi je trouve que c'est des jeunes qui souvent, ont peu d'attaches en Suisse et quand tout d'un coup il y a un lien qui s'instaure avec un thérapeute, souvent c'est des liens très forts.* » Ainsi on pourra s'intéresser à « *des combines qui rendent l'aujourd'hui, le quotidien agréable et vivable. Nous on utilise ça pour tisser le lien et pour garder un lien solide avec le jeune qui permettra justement peut-être si tu l'envoies chez un médecin qu'il y aille la plupart du temps.* »

Cet intérêt pour l'aujourd'hui n'est pas uniquement utile pour entrer en lien avec le jeune mais il a aussi un effet protecteur et voir thérapeutique. En effet comme la littérature le montre, la santé mentale des jeunes

et notamment le risque de dépression est fortement influencé par l'exposition à des stressseurs généraux et quotidien. Ainsi Keles et al. 2016 recommandent de ne pas uniquement se concentrer sur les traumatismes passés des jeunes mais d'investiguer également les événements de leur vie de tous les jours notamment leurs tracasseries actuelles qu'ils soient liés ou non à leur acculturation ainsi qu'offrir des stratégies pour gérer ceux-ci.

Une intervention alternative aux entretiens individuels a été menée dans le canton de Vaud par le passé avec la création d'un groupe de parole afin « *d'arriver à ce que les gens puissent parler de leur complexité sans qu'on ait ouvert des dossiers pour eux* » avec plus ou moins de réussite liée à la motivation des jeunes, la disponibilité des infrastructures et des autres acteurs du réseau.

Les acteurs du canton de Vaud désireraient également une sensibilisation de plus de soignant-e-s à la psychiatrie transculturelle et un renforcement des compétences des équipes psychiatriques. Il faut « *mettre les gens plus à l'aise dans ses suivis-là* ». Des intervenant-e-s insistent sur l'importance de garder cette thématique active et de sensibiliser continuellement le milieu des soins à celle-ci notamment à cause du tournus important du personnel au sein des équipes. « *Il y a beaucoup de tournus dans nos structures, donc il y a un effort à faire continu. Le travail que fait Psy-Migrants en psychiatrie adulte de sensibilisation continue à travers des séminaires, à travers des formations tournantes, comme ça, aux quatre coins du département de psychiatrie du CHUV. Ça permet de rendre présent cette problématique de façon continue. On sent vivre ça aux quatre coins du département de psychiatrie.* »

5.2.3 Recommandations et interventions proposées dans la prévention

De nombreux auteurs (Bean et al. 2006 et 2007, Smid et al. 2011) militent pour la formation des jeunes dans le domaine de la santé mentale. Bean et al. suggèrent d'enseigner diverses techniques (relaxation, reconnaissance d'émotions, coping skills, psychoéducation, ...) aux jeunes afin de mieux les équiper face à l'incertitude de leur situation, leur passé traumatique, l'anxiété et le stress. El-Awad et al. (2017) proposent également d'enseigner aux jeunes mineur-e-s le « *mental contrasting* », technique qui vise à apprendre à se fixer des buts réalistes et atteignables plutôt que des objectifs et des attentes inaccessibles pouvant mener à des déceptions intenses, de la souffrance émotionnelle et une moins bonne santé mentale en général. Les auteurs suggèrent d'intégrer ces diverses techniques au programme de base des MNA (par exemple en parallèle de l'apprentissage de la langue). Dans le canton de Vaud, c'est l'USMI qui est chargé de la prévention auprès des MNA. L'USMI se charge donc de les informer sur des sujets tels la nutrition, la santé sexuelle et également la santé mentale. Le module de santé mentale permet aux jeunes d'apprendre : « *la gestion des émotions, les mécanismes de défense, comment les déconstruire, comment les employer. Puis c'est quoi la santé psychique aussi, qu'est-ce qu'on fait quand on va chez le psy. On aborde ça aussi.* »

5.3 Barrières dans l'accès aux soins et le suivi

« *Ce n'est pas si simple (d'adresser un jeune dans une consultation classique de pédopsychiatrie) et ça dure un petit peu plus longtemps que pour des jeunes suisses* ». Toutes les barrières aux soins spécifiques aux MNA qu'il faut abattre nécessitent donc généralement un temps augmenté par rapport aux jeunes autochtones. Ce temps, les professionnel-le-s ne l'ont pas toujours forcément à disposition. « *Le premier problème, c'est tous les problèmes de santé mentale, ça ne se règle pas en quelques mois, donc il faut une durée. Cette durée on ne l'a pas, parce que c'est des jeunes qui arrivent, la plupart ils ont entre 16,5 ans et 18 ans, le temps qu'on commence à peine à les suivre, ils ont déjà 18 ans. Ils sortent des foyers et les suivis disparaissent. La prise en charge, elle est là mais il faut aussi se donner le temps pour que ça puisse tenir.* » De plus toutes ces barrières mènent pour certains professionnel-le-s à une adhérence plus faible au traitement. « *On a beaucoup plus de rendez-vous manqués* ». Une autre intervenante souligne néanmoins que si on arrive à appliquer les diverses adaptations sous-mentionnées, l'adhérence des MNA aux soins serait comparable à celle des jeunes autochtones. « *Je pense qu'on n'a pas plus de rendez-vous non excusés que des patients suisses quoi, âge comparé* ». Ces adaptations sont nécessaires à cette population spécifique tout en gardant en tête la nécessité de ne pas créer des disparités de traitement entre les différents groupes de population. « *Un point éthique je dirais, c'est que nous essayons en même temps de prendre en charge les spécificités de ces jeunes mais tout en leur proposant les mêmes solutions qu'on propose à tout le monde.* »

Figure 2: Barrières et limites pour l'accès aux soins psychiatriques et le maintien d'un suivi.

Barrières		Adaptations
Littérature	Manque de reconnaissance du besoin du jeune (Jakobsen et al. 2017)	Formation spécifique en santé mentale des professionnels en contact avec ces jeunes (Bean et al. 2006, 2007, Villanueva et al. 2017, Vervliet et al. 2014, Derluyn et Broekeart 2007)
Entretiens		Offre d'une formation plus poussée en santé mentale pour les intervenants en 1 ^{ère} ligne, supervision/intervision des éducateurs par des professionnels en santé mentale pour discuter des jeunes.
Littérature	Haut degré de somatisation (Groark et al. 2011)	Education des médecins de 1 ^{ère} ligne et des assistants sociaux à repérer ces symptômes somatiques et leur signification (Groark et al. 2011)
Entretiens		Nécessité d'une collaboration rapprochée entre les professionnels somatiques et psychiques. Attention particulière portée au tri et à l'orientation des jeunes dans le système de soins.
Littérature	Différence de langue (Lustig et al., 2004)	Formation de professionnels bilingues, recours à l'interprétariat
Entretiens		Utilisation d'interprètes, de médiateurs culturels, teaching back.
Littérature	Difficultés liées à l'interprétariat (Majumder et al. 2014). Perte des subtiles différences due aux différences de langage.	Formation de professionnels bilingues (Derluyn et Broekart, 2007).
Entretiens		Mauvaise entente avec l'interprète, méfiance
Littérature	Manque de compétences transculturelles chez les professionnels de la santé mentale (Nadeau et Measham (2006)	Conscientisation de ce problème potentiel par les professionnels et adaptation de la prise en charge si nécessaire.
Entretiens		Offre d'une consultation aux professionnels en contact avec ces jeunes afin de les aider à développer une approche transculturelle et lever des malentendus culturels. (Radjack et al. 2015)
Entretiens	Culture différente, expression des troubles différente	Sensibilisation des équipes du SUPEA aux questions transculturelles par l'unité psy et migrants, sensibilisation sur le travail avec les interprètes.
Littérature	Image de la psychiatrie négative des jeunes qui refusent d'être pris en charge (Majumder et al., 2014)	Nécessité d'avoir des professionnels compétents en transculturalité
Entretiens		Intégration des personnes en qui les jeunes ont déjà confiance à l'intervention (Davies & Webb, 2000). Intervention de la santé mentale intégrée à l'éducation, santé somatique etc. (Majumder et al., 2014)
Entretiens	Méfiance face au système	Travail de communication, déconstruction de l'image négative par les professionnels entourant ces jeunes
Littérature	Adhérence thérapeutique plus faible, RDV manqués (Michelson et Scare, 2009)	Nécessité de se différencier clairement des autorités.
Entretiens		Augmentation de l'accessibilité des services, ex : visite d'un professionnel en santé mentale à l'école 1x/semaine (Michelson et Scare, 2009)
		Accompagnement du jeune par l'éducateur au moins au 1 ^{er} RDV

	Barrières	Adaptation
Entretiens	Isolement, absence des parents pour pousser le jeune à consulter	Facilitation de l'accès, présence d'une équipe mobile de professionnels en santé mentale qui se rend directement dans les foyers des jeunes
	Encadrement insuffisant	Augmentation du nombre d'éducateurs dans les foyers
Entretiens	Manque de connaissances en santé des jeunes	L'USMI mène des modules de prévention sur des sujets de santé. Les professionnels doivent se charger d'augmenter la littératie en santé des jeunes.
Entretiens	Mauvaise connaissance du système suisse	L'USMI donne des informations sur le réseau de soins et la prise en charge. Informer les jeunes sur le fonctionnement du système suisse.
Entretiens	Inadéquation des pratiques psychiatriques occidentales	Nécessité de varier l'offre du suivi, utilisation d'autres formes de thérapie plus individualisées à la compréhension et besoins du jeune.
Entretiens	Contexte instable, incertitude de l'avenir	Nécessité d'apprendre à travailler avec cette incertitude et faire un maximum dans le temps imparti.
Entretiens	Désintérêt des professionnels pour les problématiques sociales du jeune	Prendre en compte les besoins pratiques du jeune comme porte d'entrée dans les soins, collaboration étroite avec des assistants sociaux.
Entretiens	Refus de soins, discrimination	Information des professionnels sur la situation légale des MNA

Témoin des difficultés de prise en charge de ces jeunes, le canton de Vaud a permis en 2016 la création d'un groupe de travail regroupant toutes les principales institutions en contact avec ces jeunes dans le but d'investiguer la situation des MNA et de proposer des pistes d'amélioration. Un certain nombre de changements a été mis sur pied grâce à ce groupe de travail :

Figure 3: Changements introduits par le GT MNA

<ul style="list-style-type: none"> • Création d'une équipe mobile composée de professionnel-le-s de la santé mentale pouvant intervenir sur demande des éducateurs-trices ou infirmières de proximité directement dans les foyers MNA. ➤ But : détection des troubles, création d'un premier lien entre les jeunes et les soins en santé mentale, permet d'augmenter l'adhérence aux soins.
<ul style="list-style-type: none"> • Création de fiches d'orientation pour les éducateurs-trices ➤ But : permettre aux éducateurs-trices de savoir qui contacter en cas d'urgence, amélioration de la coordination
<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un tandem de référents éducatifs qui centralise toutes les informations concernant un mineur ➤ But : rassemblement des informations concernant un ou une jeune, meilleure continuité.
<ul style="list-style-type: none"> • Supervision/intervention du corps éducatif par des professionnel-le-s de la santé mentale. Permet de discuter de jeunes qui inquiètent le corps éducatif. ➤ But : soutien aux éducateurs et éducatrices, amélioration de la compréhension de la psychopathologie de ces jeunes.
<ul style="list-style-type: none"> • Formation pour les éducateurs et éducatrices et plus largement pour les autres professionnel-le-s entourant ces jeunes. N'A PAS ENCORE ABOUTI. ➤ But : améliorer la détection des troubles, augmenter les compétences en santé des éducateurs, professeurs, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation pour que les éducateurs et éducatrices puissent administrer les médicaments ➤ But : améliorer l'adhérence aux traitements médicamenteux, améliorer le quotidien des jeunes.

5.4 Facteurs protecteurs de la santé mentale et facteurs de risque

Afin de mieux comprendre les termes utilisés par la littérature, il convient d'expliquer les concepts suivant :
Figure 4 : Définitions de concepts en lien avec la santé mentale.

- Stresseurs journaliers (general hassles) : 4 catégories : sociale (difficultés dans les relations : conflits, soucis pour les autres), matérielle (logement, médical, habits, argent), éducation (soucis à l'école ou au travail), autres (insécurité par rapport à la famille, au statut administratif). *Daily stressor scale for young refugees (Vervliet, Derluyn & Broekaert, unpublished)*
- Acculturation : adaptation socio-culturelle en maintenant des liens avec sa culture d'origine tout en intégrant socialement et structurellement la culture d'accueil. Ce processus d'acculturation peut causer des tracas. La personne peut être confrontée à des problèmes face à sa culture d'origine ou face à la culture d'accueil. *(Berry 1980)*
Stresseurs liés à l'acculturation (acculturation hassles) : liés à la culture d'héritage (in-groupe hassles : ne connaît pas les bons codes de sa culture, ne porte pas les bons habits, ...) ou à la culture d'accueil (out-group hassles : discrimination, ne comprend pas le comportement des locaux, ne sait pas comment réagir dans des situations du quotidien). *(Berry 1980)*

5.4.1 Facteurs de risque

Les études semblent être d'accord sur le fait que les événements traumatiques ou stressants passés ont un fort impact sur le syndrome de stress post traumatique (El-Awad et al. 2017, Seglem et al. 2014) tandis que les tracas liés à l'adolescence et l'acculturation (Keles et al. 2017, Oppedal et Idsoe 2012, Seglem et al. 2014) ont un impact plus marqué sur le niveau de dépression. Parmi les facteurs de risque liés à l'acculturation, les intervenant-e-s du système vaudois dénombrent le manque de repères dans leur culture d'origine et le manque de maîtrise des codes sociaux de la culture d'accueil ainsi que de la discrimination.

Les articles (Vervliet et al. 2014, Keles et al. 2016, 2017, Seglem et al. 2014) mettent également en lumière un fort impact des stresseurs journaliers (relationnels, économiques, éducationnels, administratif) sur la dépression, ce qui est aussi confirmé par les intervenant-e-s du système vaudois. Le principal facteur mentionné étant l'incertitude lié au statut migratoire. *« Le plus gros problème c'est le côté administratif. C'est la politique de migration qui fait qu'on a des patients qui arrivent à 15 ans, qui apprennent le français, qui ont une résilience incroyable, qui ont trouvé une place d'apprentissage à 17,5 ans et à 18 ans, ils reçoivent un NEM (status de Non Entrée en Matière, qui les oblige à quitter le territoire Suisse). Et donc ils ont pas du tout le droit de commencer cet apprentissage. Ils ont quasiment plus le droit de rien faire et puis ils sont menacés d'expulsion, ils vont moins bien sur le plan psy. On les maltraite administrativement. »*. En 2013, Chase mène également des entretiens avec 54 MNA sur leur sentiment de bien-être et de sécurité. La plupart des jeunes identifie l'incertitude de leur statut légal comme leur principale cause de soucis générant constamment un sentiment d'insécurité qui les empêche d'envisager leur futur.

De plus comme dans la littérature, le système vaudois dénonce l'encadrement moins important dans les foyers MNA. *« Aujourd'hui on parle d'un éducateur pour chez nous pour 5 mineurs alors que les SPJ on parle de 10 mineurs pour 4.6 EPT. Vous voyez on est déjà sur le double. »* L'encadrement est donc plus lâche pour les MNA par rapport à des enfants en difficulté suisse ou des enfants accompagnés. Des conditions de vie stressantes ont un impact important sur le moral des jeunes et leur motivation, notamment au niveau de l'école : *« beaucoup de failles apparaissent, des conditions de vie au foyer qui sont dures. Ils ne dorment parfois pas, ils sont en nombre importants tout le temps. Ils ont des conflits entre eux, ou entre ethnies différentes au foyer, ça affecte leur moral et leur motivation »* et également sur leur présence au cours et leur capacité à suivre : *« il y a beaucoup d'arrivées tardives, beaucoup d'absences, voilà c'est une catégorie de personnes qui va beaucoup plus arriver en retard à l'école que des adolescents accompagnés. »*

La différence entre la réalité sur place et le rêve imaginé par les jeunes avant leur arrivée en Suisse est également un facteur de risque important. *« La perte de l'idéal de ce qu'ils imaginaient vivre ici et qui n'est pas le cas la plupart du temps, c'est le plus gros souci qu'on a. C'est qu'ils viennent avec des rêves. Quand ils arrivent, ils se rendent compte que tout ce qu'ils avaient imaginé, c'est complètement différent. C'est vraiment le fossé et pour concilier les deux bords, c'est hyper difficile pour eux. J'ai vu que la plus grande détresse psychique se situe là. »* Pour cette intervenante, les difficultés du quotidien ont un impact même plus important sur la santé mentale de ces jeunes que les événements traumatiques de leur passé.

5.4.2 Facteurs protecteurs

« Un des facteurs protecteurs les plus importants pour les MNA c'est les perspectives d'avenir. Accès à l'école, une formation, un permis de séjour qui se régularise, une possibilité de faire un apprentissage, c'est vraiment thérapeutique. Quand ce n'est pas le cas, on voit que la décompensation psy elle survient à ce moment là ».

Deveci (2012) soutient que la création de nouvelles relations saines avec leurs pairs et avec des adultes apportent également une aide conséquente aux MNA notamment en soulageant un peu la douleur de la séparation avec leurs proches. Groark et al. 2011 mènent des entretiens avec plusieurs jeunes mineur-e-s non accompagné-e-s afin de rendre compte de leur expérience personnelle et des leurs difficultés actuelles. Les jeunes interrogés disaient ressentir un haut niveau d'insécurité, d'incertitude et de perte de contrôle sur leur vie. Les séparations ayant mené à leur statut de mineur-e-s non accompagné-e-s étaient douloureuses à évoquer et créaient un sentiment de solitude important. La majorité espérait trouver dans les travailleurs sociaux une sorte de substitut parental leur permettant d'obtenir des conseils sur la vie de tous les jours et surtout une personne en qui ils pourraient avoir confiance.

Les intervenant-e-s du canton de Vaud soutiennent cette affirmation : « si on arrive à créer un lien sur un moyen terme, être un tout petit peu là quand ils en ont besoin ou quand ils ont des questions. C'est des fois ça qui fait juste la différence, d'avoir un médecin ou un adulte de référence sur qui ils peuvent compter ». Selon les professionnel-le-s du canton de Vaud et en accord avec la littérature, ils ont besoin d'avoir quelqu'un qui pourra leur apporter un « souci de », une attention particulière à leur vie et leur bien-être. Cette personne sera également responsable d'organiser la coordination de tous les professionnel-le-s autour d'eux, de s'assurer que chaque jeune ait bien compris tous les enjeux l'entourant mais qui pourra également leur témoigner de l'affection et créer un lien fort avec eux. « Il faut reconstituer une forme de famille autour du jeune. On est tous assez conscient, on est d'accord ». Le SSI rapporte également que le fait de : « pouvoir compter sur le soutien d'un-e intervenant-e de référence ou d'un parrain/d'une marraine est essentiel au développement du jeune. »¹⁶

Dans le canton Vaud, cet enjeu a été bien compris et conscientisé notamment dans le GT MNA sans qu'on ne puisse encore trouver pour autant le professionnel ou la professionnelle parfait-e qui puisse ajouter ce rôle à ses fonctions. Ceci est dû notamment à un renouvellement assez fréquent des professionnel-le-s autour des jeunes. En effet, l'instituteur suivra les jeunes pendant un voire deux ans, les éducateurs peuvent changer si le jeune change de foyer et les structures de soins ont aussi un tournus dans leur personnel. De plus de nombreux professionnels disparaissent de la prise en charge lorsque les jeunes atteignent leur majorité. Quant à l'OCTP, au vu du petit nombre d'employés dévolus au suivi des MNA, il semblerait difficile de leur ajouter ce rôle dans le canton de Vaud. Néanmoins, les interviewés mentionnent quand même ces professionnels comme une possibilité. Une autre piste est aussi représentée par la société civile qui a montré une mobilisation importante face à la situation de ces jeunes. On dénombre ainsi quelques associations qui s'engagent pour aider ces jeunes notamment en créant des parrainages comme action-parrainages et PAIRES. Comme le rapporte une de nos intervenants, les familles de parrainage « donnent énormément de repères pour les jeunes et ils participent aussi dans leur intégration. »

Figure 5 : Facteurs de risque et protecteurs de la santé mentale.

Facteurs de risque	
Littérature	Entretiens
Nombre d'événements stressants (13 études)	
Statut non accompagné (4 études)	Absence des parents
Détresse psychologique à l'arrivée (2 études)	Perte d'un idéal
Provenance d'un pays en guerre (1 étude)	
Problème de santé somatique (2 études)	
Exposition à des stressors généraux (3 études) dont : manque de supervision dans les logements (3 études), refus de la demande d'asile (1 étude)	Stresseurs généraux dont : incertitude du statut administratif, refus de la demande d'asile, manque de supervision dans les logements, conditions de vie non optimales.
Exposition à des stressors liés à l'acculturation (2 études). Discrimination	Stresseurs liés à l'acculturation dont : manque de repères dans la culture d'origine, manque de maîtrise des codes sociaux de la culture d'accueil,

Facteurs protecteurs	
Littérature	Entretiens
Membre de la famille dans le pays d'accueil (2 études)	
Accès à l'éducation (2 études)	Accès à l'éducation, la formation
Placement en famille d'accueil (3 études)	Placement en famille d'accueil pour les < 12 ans
Obtention d'un permis provisoire (1 étude)	Situation administrative qui se normalise
Acquisition de compétences dans les cultures d'origine et d'accueil (3 études)	Soutien de médiateurs culturels
Soutien social (1 étude)	Soutien d'un adulte de référence
Contact avec la famille (1 étude)	
	Accès à des loisirs, activité sportives

Cf. Annexes 11.1 : figure A : détails des facteurs protecteurs et de risque dans la littérature

5.4.3 Actions proposées par la littérature et les intervenant-e-s du système vaudois

Afin de permettre l'acquisition de compétences culturelles dans la culture d'origine et d'accueil et ainsi de réduire l'impact des difficultés liées à l'acculturation, les intervenant-e-s du système vaudois propose l'utilisation de médiateurs interculturels. « *C'est des personnes qui aideraient à baisser la tension dans nos foyers. Parce qu'ils peuvent apporter des repères par rapport l'origine des jeunes. En amenant de l'interculturalité dans nos foyers ça répond un bout à ça.* »

Afin de soutenir les jeunes dans leur processus d'acculturation, on peut leur proposer des activités qui puissent les aider à développer des compétences culturelles dans leur culture d'accueil mais également d'origine. Oppedal et Idsoe (2015) sont convaincus que de telles activités permettraient d'éviter ou de soutenir les interventions des services professionnels de santé mentale. Keles et al. (2016) démontrent dans leur population d'étude que la possession et l'acquisition de nouvelles compétences dans la culture d'origine permettait aux jeunes de maintenir un sentiment de continuité dans leur vie et leur identité. Il est donc pour eux absolument crucial que les jeunes mineurs puissent avoir la possibilité de rester en contact avec leur culture d'origine. El-Awad et al. (2017) proposent d'éduquer et d'initier les jeunes à la culture d'accueil ainsi que de les informer sur les différences interculturelles et les stéréotypes afin qu'ils puissent mieux comprendre leur environnement et ses codes. Des programmes de « cross-cultural training » ont notamment été développé dans ce but. Ce soutien permettrait au jeune de développer une stratégie d'acculturation intégrative (développement de compétences culturelles dans les deux cultures, accueil et native), reconnue comme étant l'orientation la plus favorable pour la santé mentale, l'estime de soi et le niveau de dépression (au contraire des stratégies d'acculturation d'assimilation, séparation ou marginalisation).

Le SSI propose également la mise en lien avec un parrain ou une marraine afin de renforcer les compétences sociales et linguistiques. L'insertion dans la vie locale pourra également se faire par le biais d'activités culturelles, sportives et ludiques, etc. L'intégration sociale sera promue via des loisirs et activités notamment avec les jeunes Suisses et la communauté d'origine. Quant au CDAS, ils ont établi les recommandations suivantes « *tous les MNA doivent bénéficier d'un programme journalier approprié, adapté à leur âge et favorisant leur stabilité. Le but est de les éduquer pour favoriser leur autonomie, leur assurance et leur insertion sociale,[...]. Cela suppose un apprentissage suivi et adapté au degré de développement individuel, pour que la personne se responsabilise dans les aspects pratiques (alimentation saine, cuisine, hygiène, ordre notamment), sans oublier la promotion de la santé. Il s'agit dans ce but, d'encourager le développement des compétences personnelles du-de la MNA et de renforcer son estime de soi et sa personnalité. Il importe d'encourager les liens avec la langue et la culture d'origine, afin de favoriser la construction de l'identité autant que le processus de maturité et le développement du champ d'expérience personnelle. [...]. Dans la mesure du possible, il faut aussi leur permettre de participer à des activités qui les mettent en contact avec des enfants et des jeunes extérieurs à l'institution. Les personnes assurant l'encadrement soutiennent et motivent les MNA à participer à des activités associatives (par ex. culturelles ou sportives), en fonction de leurs intérêts. Pour favoriser la participation sociale, on peut notamment encourager l'instauration de parrainages. Des médiatrices-médiateurs interculturel-le-s, ou d'ancien-ne-s MNA (« peer group »), peuvent aider les MNA à établir des ponts entre leur culture natale et celle du pays d'accueil.* »¹⁷ D'un point de vue plus général, il serait optimal de réduire la discrimination à

laquelle les jeunes font face et les difficultés d'intégration rencontrées. Les auteurs (Keles et al. 2017) proposent par exemple des interventions dans les écoles et communautés pour promouvoir la tolérance et l'ouverture vers l'interculturalité de la population locale.

De plus en 2015, Pastoor souligne l'importance de l'école pour l'intégration et l'acquisition de compétences culturelles. L'auteur milite pour une école qui doit devenir « *refugee competent* ». Dans le canton de Vaud, c'est l'école et les éducateurs et éducatrices qui se chargent principalement d'apporter des connaissances dans la culture d'accueil. Dans les classes d'accueil, des situations de vie de tous les jours sont utilisées pour illustrer les implicites de notre culture. *« Néanmoins, les professeurs n'arrivent pas à faire le tour et puis quand ils (les MNA) vont être dans la classe régulière, ils vont devoir continuer à le faire d'eux-mêmes. Nous ce qu'on espère, c'est qu'on leur a donné les outils. C'est-à-dire de s'assurer qu'ils ont compris de la même manière que les autres ce qu'il se passe, ce qu'il se joue. »*

Au niveau du maintien de la culture d'accueil dans le canton de Vaud, les jeunes intègrent souvent spontanément des communautés locales. Il n'y a pas d'activités spécifiques organisées par les foyers ou autres.

Au vu de l'impact des stressseurs généraux sur la santé mentale et le fait que ceux-ci sont souvent liés aux structures de réception et d'accueil, les auteur-e-s suggèrent donc l'optimisation de ces structures notamment en veillant à ce que les mineurs ne manquent de rien et qu'ils soient bien supervisés par un nombre important d'éducateurs et d'éducatrices (Derluyn et Broekeart 2007, Oppedal et Idsoe 2012). Dans le canton de Vaud, les intervenant-e-s insistent aussi pour avoir le même ratio MNA/éducateurs que dans les foyers pour jeunes suisses en difficultés. Ce qui permettrait de renforcer l'encadrement et donc de par exemple permettre l'accompagnement systématique par le corps éducatif aux premiers rendez-vous médicaux ou psychiatriques

Huemer et al. 2011 ont montré que les mineur-e-s non accompagné-e-s ayant accès à l'école avaient un niveau de satisfaction plus élevé dans ce domaine que la population locale. L'école pourrait donc être selon ces auteurs un important soutien pour la santé et le bonheur de ces enfants. Actuellement les acteurs du canton de Vaud désireraient améliorer encore l'accès à la formation et principalement pouvoir le maintenir même en cas de décision négative d'asile. Il faudrait impérativement permettre aux jeunes de finir leur apprentissage malgré un changement en cours de leur statut administratif. Le canton de Vaud doit également réfléchir à améliorer l'offre au niveau de l'école pour les jeunes qui sont complètement illettrés (enseignement « *one to one* »), travailler à une meilleure intégration des jeunes qui sont mis directement dans une classe régulière et améliorer la prise en charge des jeunes qui décrochent de l'école ou qui sont renvoyés pour cause de mauvais comportements.

Le soutien de la famille ayant clairement un effet protecteur sur la santé mentale (Oppedal et Idsoe 2015), il est primordial de rechercher et prendre contact avec la famille du jeune restée au pays afin de lui offrir le meilleur soutien social possible. Le SSI Suisse propose un tel service avec néanmoins comme condition de ne pas mettre le jeune ou sa famille en danger en effectuant de telles démarches. Par rapport à un adulte de référence, une intervenante souhaiterait pouvoir ouvrir l'accès à des familles d'accueil aux jeunes en difficultés. *« Le souci, c'est que ceux qui consomment, sont ceux qui psychiquement sont très atteints, ceux-là, ils n'ont pas de famille d'accueil parce qu'on ne leur propose pas parce qu'on protège les familles d'accueil. Donc, dans le programme, ils n'y ont pas accès. »*

5.5 Conclusion

Les intervenant-e-s du canton de Vaud sont de manière générale satisfait-e-s des changements récents proposés par le GT MNA et estiment que le canton de Vaud fait partie des bons élèves de la Suisse. *« Je pense que le canton de Vaud sur le plan logement, éducation, ils sont dans les bons exemples des cantons. »* Des remarques similaires sont faites au niveau des soins en santé mentale. *« Sur les soins, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui ont été faites et puis le réseau a l'air de s'organiser et on n'entend plus parler de scandales absolus de jeunes non traités. Il y a une bonne conscience et surtout beaucoup de discussions. »* *« Depuis que l'EM est entrée en activité, ils ont fait les liaisons qu'il fallait. Ils ont récupéré ceux (les MNA) qui avaient interrompu les suivis. Ils sont ré-intervenues auprès de ceux qui sont signalés par les éducateurs, les éducatrices et le job se fait beaucoup mieux. »*

6. Résultats du sondage auprès des médecins cantonaux

6.1 Données cantonales

Au niveau de la santé publique, 89% des sondés ont répondu que la santé mentale des MNA était actuellement une préoccupation de la santé publique dans leur canton.

L'unique intervenant pour qui la santé mentale des MNA n'est pas une préoccupation rapportée que dans son canton, il n'y a pas de cas nécessitant une prise en charge psychiatrique.

6 des 9 cantons rapportent avoir effectué des changements après la vague migratoire de 2015-2016.

Figure 6 : Cantons préoccupés par la santé mentale des MNA.

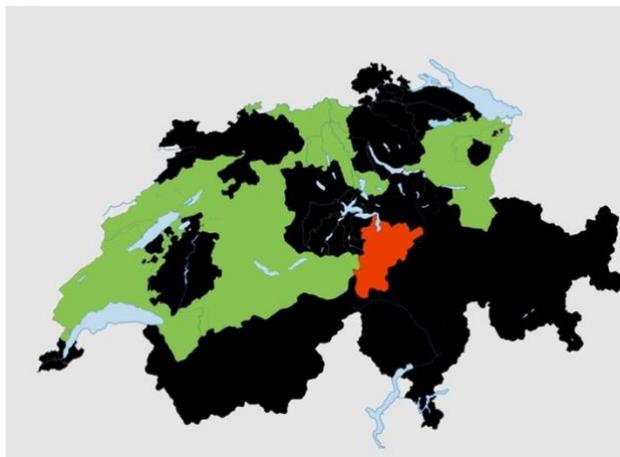


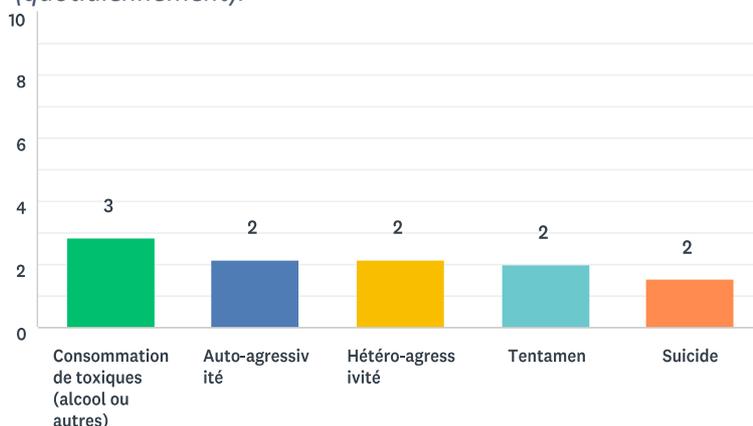
Figure 7 : Changements effectués par les différents cantons suisses.

Changements effectués par les cantons après la vague migratoire de 2015-2016	
Neuchâtel	Mise en place d'un dispositif pour l'accès à la santé avec coordination pour la mobilisation des acteurs de la santé.
Vaud	Mise en place d'une coordination des intervenants (socio-pédago-médical) afin de mieux appréhender ces cas souvent complexes. Mise en place de formations spécifiques en lien avec la santé mentale destinées aux différents intervenants. Renforcement du budget.
Appenzell Rhodes Extérieures	Création d'une structure d'accueil pour les MNA. Accès facilité aux services de santé mentale depuis cette structure.
Saint-Gall	Création d'un concept général de prise en charge.
Zoug	Création d'une structure d'accueil pour les MNA avec accès à un soutien psy au besoin.
Bâle-ville	Mise en place de consultations transculturelles

67 % des répondants s'accordent à dire que la santé mentale est indispensable dans la prise en charge de ces jeunes. Quant au reste ils l'estiment très importante.

A propos de leur population de MNA, chaque canton rapporte avoir vécu des situations de tentamen et de consommations d'alcool ou de drogues. Tous les répondants sauf un relèvent également des comportements d'auto-agressivité et d'hétéro-agressivité. 3/7 rapportent également des suicides. Le comportement le plus souvent observé est la consommation de toxiques puis l'hétéro et l'auto-agressivité suivi par les tentamen puis les suicides.

Figure 8a : Prévalence des comportements des MNA. (1) Jamais, (2) rarement, (3) souvent, 4 (régulièrement), 5 (quotidiennement).



2 réponses n'ont pas été prises en compte car un des médecins cantonaux venait de commencer son poste et n'était donc pas au courant des événements survenus au sein de la population des MNAs, un autre a eu des difficultés d'affichage pour l'ensemble de la question.

Figure 8b : Prévalence des comportements des MNA. (1) Jamais, (2) rarement, (3) souvent, 4 (régulièrement), 5 (quotidiennement).

	MINIMUM	MAXIMUM	MEDIAN	MEAN
Consommation de toxiques (alcool ou autres)	2.00	4.00	3.00	2.86
Auto-agressivité	1.00	3.00	2.00	2.14
Hétéro-agressivité	1.00	3.00	2.00	2.14
Tentamen	2.00	2.00	2.00	2.00
Suicide	1.00	2.00	2.00	1.57

6.2 Recommandations en matière de santé mentale (dépistage, prévention, suivi)

Par rapport aux troubles psychiatriques, 67% des répondants contre 33% sont en faveur d'un dépistage systématique de ceux-ci à l'arrivée des jeunes.

Figure 9 : Nécessité d'un dépistage systématique.

Des diverses propositions de dépistage des troubles psychiatriques (questionnaire standardisé, entretien avec un psychologue/psychiatre, entretien avec du personnel infirmier, entretien avec les éducateurs, autres) la majorité sont en faveur de l'utilisation de questionnaires standardisés et d'entretien avec les éducateurs ou éducatrices (62.50%), puis d'entretiens avec du personnel infirmier (50%) et pour finir l'entretien avec des psychologues et psychiatres (37.5%). Un intervenant propose de plus l'utilisation d'un outil internet <https://porta-refugees.de/> spécifique pour les migrants mineurs.

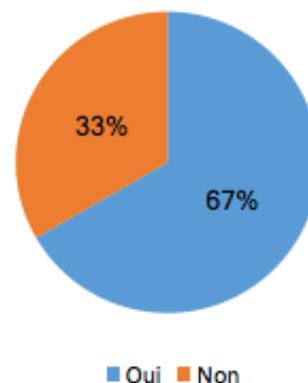
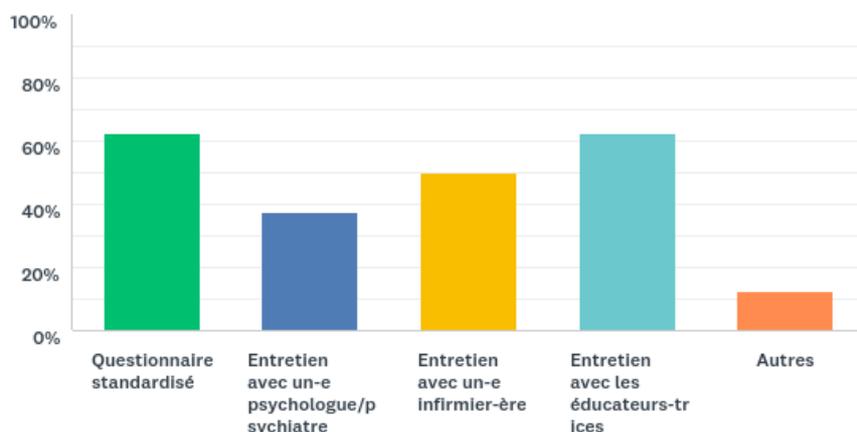


Figure 10 : Formes de dépistages proposées.



Les personnes jugeant qu'un dépistage des troubles psychiatriques n'est pas systématiquement nécessaire à l'arrivée des jeunes l'explique par diverses raisons telles que :

- Nécessité de prendre en charge les MNA de manière équitable avec la population locale. Seuls les jeunes adressés activement au réseau de psychiatrie seront investigués.
- Si les jeunes ont un trouble psychiatrique, ils seront repérés dans leur vie quotidienne et donc adressés directement en psychiatrie si besoin.

La présence d'un psychiatre/psychologue dès l'arrivée du jeune dans le canton n'est pas jugée nécessaire par 100% des répondants. Pour 8 des 9 répondants, un suivi psychiatrique ne devrait pas être offert directement aux jeunes. Sur la proposition d'une prise en charge en réseau multidisciplinaire, les avis sont partagés, 66 % pensent que des réseaux interdisciplinaires devraient être mis sur pied d'office alors que le reste pense que ce n'est pas nécessaire.

Figure 11 : Suivi systématique par un-e psychiatre/psychologue.

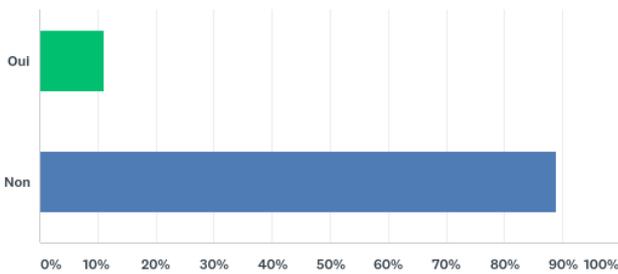
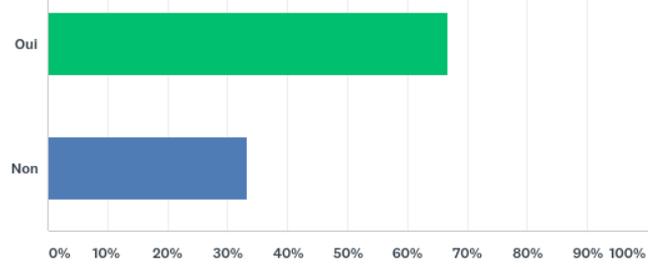


Figure 12 : Suivi systématique par un réseau multidisciplinaire.



Par rapport à la prévention des troubles mentaux, 3 cantons proposent diverses activités alors que les 6 autres ne mentionnent pas de programme spécifique de prévention dédié à ces jeunes. Parmi les interventions proposées, on dénombre des modules de prévention par le personnel infirmier de proximité (VD) ou par le personnel responsable de la santé dans les foyers (BE), des rencontres en groupe de MNA (BE, VD) ou l'intervention d'un groupe de psychologues Psy 4 Asyl (AR). Le canton de Bâle-ville rapporte mettre à disposition également des activités de prévention pour les migrants mais qui ne sont pas spécifiques aux MNA.

Quand on leur demande de classer diverses propositions de prévention du suicide selon leur efficacité, les cantons privilégient la formation des éducateurs et éducatrices à reconnaître les signes de souffrance psychique (score 5.2) et le renforcement de l'encadrement des jeunes (ratio éducateur-trice/jeune) (score 4.22). Ils proposent ensuite l'utilisation de questionnaires standardisés dépistant systématiquement les idées suicidaires chez chaque jeune (score 3.67). On pourrait ensuite faire une prévention directement vers les jeunes (modules de prévention sur la santé mentale) (score 3) ou intégrer directement la prévention à l'école (score 2.89). L'utilisation de brochures de prévention traduites dans les langues des jeunes est estimée être la moins bonne méthode de prévention (score 2.44).

Quand on leur demande de proposer d'autres moyens de préventions, les cantons mentionnent :

- De former également tous les autres intervenant-e-s auprès de ces jeunes à reconnaître les signes de souffrance psychique
- L'utilisation d'entretiens personnels
- L'intégration à des clubs sportifs et l'accès à des loisirs (activités qui peuvent stimuler la résilience) (2 intervenants)
- Psychoéducation/normalisation du stress psychologique post-migration

Figure 13 : Importance des différents moyens de prévention du suicide.

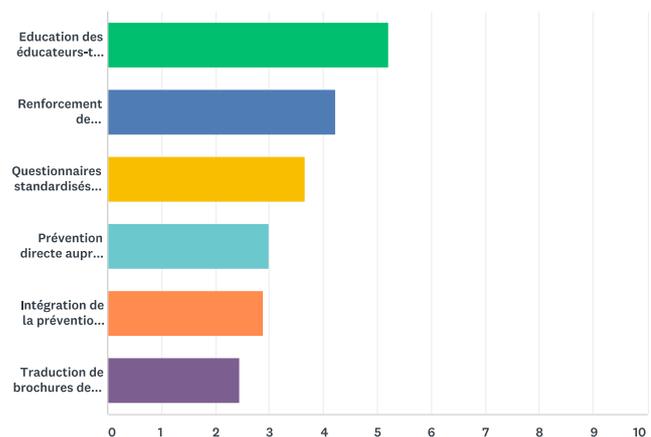
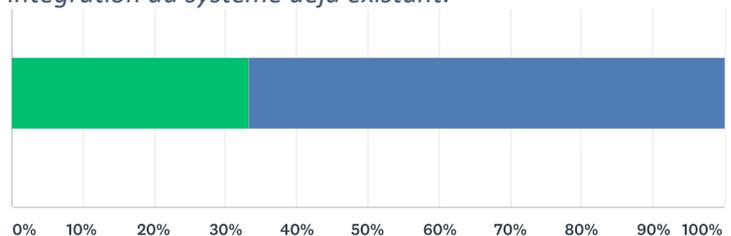


Figure 14 : création d'une prise en charge spécifique ou intégration au système déjà existant.

Les avis sont partagés quant à la nécessité de créer une prise en charge spécifique aux MNA versus les intégrer au système de soins actuels. 67% sont plutôt en faveur d'une intégration au système classique.



- Il faut créer une prise en charge spécifique en santé mentale pour les MNA.
- Il faut intégrer les MNA au système de soins psychiatriques classiques existant déjà.

4 médecins cantonaux jugent que notre modèle de psychiatrie (psychothérapie classique) est adéquat. 4 autres intervenants le jugent comme moyennement adéquat. Un intervenant le juge inadéquat. Aucun des intervenants ne le considère comme tout à fait adéquat ou peu adéquat.

A la question de savoir si un autre type de thérapie était offerte aux MNA, il est ressorti dans les commentaires que les médecins cantonaux ne se sentaient pas les mieux placés pour répondre à cette question et/ou n'étaient pas au courant des détails de la prise en charge de ces jeunes. Cette question ne sera donc pas analysée.

6.3 Barrières, difficultés d'accès aux soins

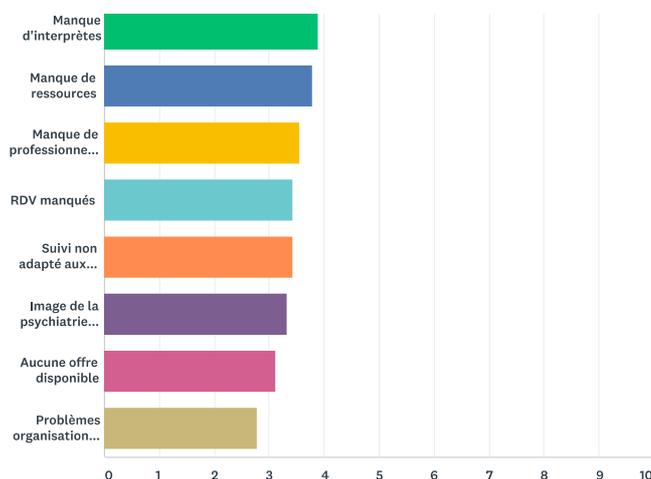
A propos de l'accès aux soins en santé mentale, les intervenants sont interrogés par rapport à l'importance qu'ils donnent à ces différentes barrières dans leur canton.

Figure 15 : Importance des barrières face à l'accès aux soins psychiatriques. 1 : pas une barrière 2 : importance faible 3 : importance modérée 4 : importante 5 : très importante

	Bâle-ville	Zoug	Berne	Saint-Gall	Argovie	A.Rh. Ext.	Uri	Vaud	Neuchâtel	Moyenne
Problèmes organisationnels	3	3	2	2	2	2	3	4	4	2.78
Manque d'interprètes	5	5	2	4	3	4	5	3	4	3.89
Image négative de la psychiatrie	5	5	4	3	1	4	3	4	1	3.33
RDV manqués	3	4	3	2	3	5	3	5	3	3.44
Manque de ressources	5	3	4	2	4	4	5	3	4	3.78
Suivi non adapté	4	3	4	2	1	4	4	5	4	3.44
Aucune offre disponible	4	3	4	2	1	5	4	2	3	3.11
Manque de professionnels compétents	4	4	3	3	2	4	4	4	4	3.56

Si l'on compile ces données, il ressort que les 3 barrières les plus importantes sont : le manque d'interprètes (3.89), le manque de ressource (3.78) et le manque de professionnels compétents face à ces jeunes (manque de compétences culturelles) (3.56). On retrouve ensuite avec la même importance les RDV manqués (3.44) et le suivi non adapté aux besoins spécifiques de cette population (3.44). A une plus faible importance, interviennent l'image négative que se font les jeunes de la psychiatrie (3.33) et l'absence d'offre (3.11). Les problèmes organisationnels est la barrière de plus faible importance selon les médecins cantonaux (2.89).

Figure 16 : Importance des différentes barrières dans l'accès aux soins.



6.4 Déterminants de la santé mentale chez les MNA

Comme vu dans la littérature, de nombreux facteurs influencent la santé mentale des MNA. Les médecins cantonaux ont ici attribué l'importance de l'impact qu'ils attendaient de ces différents facteurs sur la santé mentale des MNA.

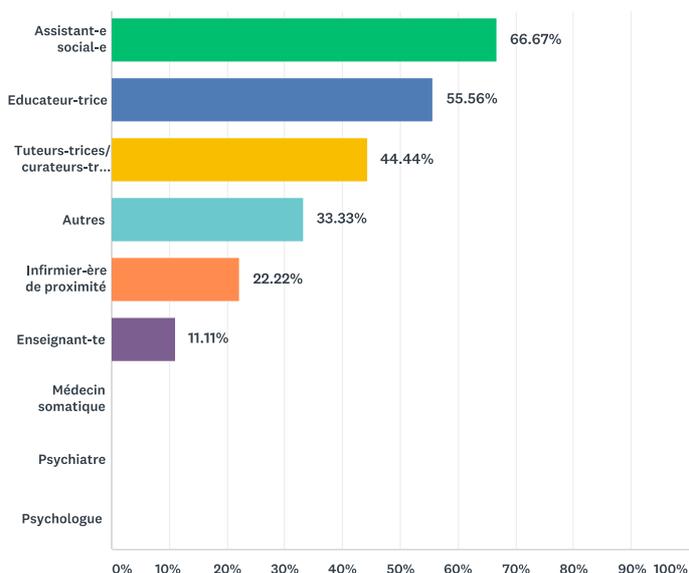
Figure 17 : Importance décroissante de l'impact des déterminants de la santé mentale des MNA. 1 : pas d'impact 2 : impact faible 3 : impact modéré 4 : impact important 5 : impact très important

Stresseurs	Moyenne
Séparation avec la famille/amis	4.22
Incertitude du status administratif	4.11
Manque de connaissances de la culture d'accueil et du système du pays d'accueil	4.00
Non-maîtrise de la langue	3.89
Manque de figure parentale	3.78
Manque d'opportunités de formation/professionnelles	3.67
Manque de liens avec leur culture d'origine	3.56
Difficultés financières	3.33
Manques de loisirs/activités en dehors du foyer	3.11
Violence dans les foyers	3.00

Aucun de ces déterminants n'a été évalué comme n'ayant aucun impact.

Plus de la majorité des médecins cantonaux pensent que les assistant-es sociaux-les (66.67%) et/ou les éducateur-trices (55.56%) sont les professionnel-le-s les mieux placés pour endosser le rôle de figure parentale auprès de ces jeunes. Un peu moins de la moitié envisage également les tuteurs-trices/curateurs-trices (44.44%) pouvant reprendre ce rôle. Les infirmiers-ères de proximité ou les enseignants-es ne sont envisagés que par respectivement 22.22% et 11.11%. Aucun médecin cantonal n'envisage que ce rôle puisse être endossé par des médecins, psychiatres ou psychologues. Les autres personnes proposées sont les familles d'accueil dans lesquelles certains jeunes peuvent être placés (2 intervenants) ou des case managers (1 intervenant).

Figure 18 : Intervenants pouvant reprendre le rôle de figure parentale.



7. Discussion

7.1 La santé mentale, en parle-t-on aujourd'hui en Suisse ?

La santé mentale semble être en 2018, une préoccupation pour la grande majorité des cantons ayant participé à l'enquête. Les médecins cantonaux semblent ainsi reconnaître la vulnérabilité et la complexité de cette population décrite dans la littérature. Ils rappellent que la santé mentale joue un grand rôle chez ces jeunes et que prendre soin de ces jeunes implique une organisation plus complexe de par la multitude des acteurs impliqués et la transculturalité. Cette vulnérabilité également bien décrite dans la littérature n'a pas toujours été reconnue par la Suisse. Ainsi de nombreux cantons face à une augmentation des arrivées de MNA en 2015-2016 ont dû créer tout un concept de prise en charge et ouvrir de nouvelles structures. Quant à d'autres, ils ont dû optimiser leur prise en charge, en particulier la coordination des acteurs sur le terrain face à l'afflux des jeunes. Ainsi il semble que la crise migratoire de 2015-2016 a permis une réelle prise de conscience dans les cantons des besoins des MNA et déclenché une réelle interrogation autour de la prise en charge de ces jeunes. Si on regarde l'évolution de la quantité d'articles sur pubmed en rapport avec le mot clé : « unaccompanied refugee minor » on passe d'une moyenne de 3.4 articles par an entre 2001 et 2015 pour atteindre 18 articles en 2016, 22 en 2017 et 28 en 2018. L'augmentation de l'intérêt pour la prise en charge de ces jeunes se montre donc également au niveau international. Cette crise semble aujourd'hui passée. On note en effet une diminution de l'arrivée des MNA dans tous les cantons. Ainsi on passe de 2'736 (6,92 % de l'ensemble des demandes d'asile) arrivées en 2016 à 733 (4.05% de l'ensemble des demandes d'asile) en 2017¹⁸. Les intervenants vaudois craignent de par cette diminution d'arrivées et diminution de la médiatisation que le sujet des MNA quitte l'agenda politique et que les efforts mis en place pour améliorer les conditions de ces jeunes s'estompent. De nombreux auteurs rappellent que les MNA sont encore une population faiblement étudiée. Il existe en effet peu d'outils de dépistage et de thérapies qui ont été validés pour être utilisés avec les MNA. On se doit d'étudier encore davantage cette population afin d'être plus à même de les prendre en charge.

La Suisse et le canton de Vaud doivent rester vigilants face à une potentielle nouvelle augmentation des arrivées et continuer de préparer l'arrivée de ces jeunes au mieux. Ainsi un intervenant rapporte : « *je pense qu'il y a des efforts très grands qui ont été faits ces deux dernières années. La conclusion jusqu'à présent du travail que nous avons fait au sein de ces différents groupes, c'est que nous avons envie de poursuivre, que ce soit mieux. Parce qu'il reste beaucoup à faire.* »

La prise de conscience très récente des besoins de cette population laisse imaginer que des nombreux MNA arrivés avant ou durant cette période ont souffert du manque de prise en charge, ce que de nombreux intervenants vaudois confirment. « *D'autres sont partis en vrille, ils sont dans la nature aujourd'hui, on a raté, on a mal fait et les uns et les autres.* ». « *A partir de 2015, on est passé de 50 à 300. Et là c'était tout le système qui était chamboulé. Alors les premiers jeunes qui sont arrivés à ce moment-là, il y en a beaucoup qui vont moins bien. Parce que ça n'a pas suivi vraiment.* » La quantité actuelle d'arrivées de MNA permettant une prise en charge plus agréable, on pourrait s'imaginer mobiliser des ressources pour ces jeunes adultes qui ont subi les manquements du système.

Plus que sur le plan personnel du bien-être de chaque enfant, il existe aussi un intérêt plus large économique et social à prendre le plus grand soin de ces enfants. En effet les jeunes qui peuvent rester en Suisse ou qui ont reçu une décision de renvoi mais qui ne sont pas renvoyés immédiatement, vont faire partie de la société Suisse. « *On a une masse de jeunes qui sont juste dans une phase si on n'y prend pas garde, ils vont être non formés, non intégrés ou mal intégrés et puis ils vont poser un bon nombre de problèmes. Des jeunes de 19 ans si on n'y prend pas garde, si on les laisse déployer de la rancœur et tout ce qui pourrait être associé à une non-intégration, on a des bombes qui vont durer longtemps.* » Un soutien adéquat permettrait de faire de ces jeunes des citoyens intégrés et actifs dans la société civile suisse. « *Si on les portait mieux, ils coûteraient moins chers en terme de suivi. Ils prendraient des places de travail.* » « *European attitude toward young refugees and their families will greatly determine the burden of trauma, not only on their adult future but also on our community. An empathic and mentalizing attitude, secure sheltering, addressing health and educational needs will create a sense of stability and confidence. This is the very first step to favor, for these future adults and their families, either a productive integration in the European heritage of strength and diversity, or the potential to rebuild and stabilize their native countries for those who will return.* »¹⁹(Anagnostopoulos et al. 2016)

7.2 Comment organiser le système des soins en santé mentale auprès de ces jeunes ?

7.2.1 Dépistage

L'ensemble des cantons interrogés s'accordent aujourd'hui pour dire que la prise en charge de la santé mentale des jeunes est très importante à indispensable. Pour certains, si on ne prend pas en charge celle-ci, on met en danger tout le processus d'intégration du jeune. La stabilité de la santé mentale influence l'ensemble de la vie du jeune et doit donc être soignée particulièrement. Cette considération reflète bien la littérature actuelle qui s'intéresse de plus en plus à la santé mentale des MNA. Les cantons sont également tous confrontés à des comportements à risque des jeunes allant de la consommation de substances au suicide. Face à cette constatation, les médecins cantonaux proposent l'utilisation des ressources de la manière suivante :

Au niveau du dépistage, en accord avec la littérature et les recommandations suisses, la majorité des médecins cantonaux (67%) s'accordent pour dire qu'un dépistage systématique des difficultés psychiatriques devraient être fait à l'arrivée des jeunes.

Une suggestion de deux intervenants concerne le « timing » de ce dépistage. On propose ainsi de ne pas faire ce dépistage dès l'arrivée des jeunes mais après quelques semaines voire mois afin de « les laisser arriver ». On retrouve aussi certains auteurs qui partagent ce point de vue et qui parlent d'une « phase de lune de miel » à l'arrivée du réfugié dans le pays d'accueil où la détresse psychologique est initialement faible (par exemple Sachs, Rosenfeld, Lhewa, Rasmussen & Keller, 2008). Ces études ont néanmoins été menées sur des populations adultes. Pour de nombreux autres auteurs s'étant intéressés particulièrement aux MNA, les symptômes de troubles et la détresse psychologique étaient déjà souvent importants à l'arrivée du jeune. Fort de ce constat un dépistage dès l'arrivée du jeune est fortement conseillé par la littérature. Ces auteurs craignent dans le cas contraire, une chronicisation de ces troubles s'ils ne sont pas détectés ni traités rapidement. « *A thorough medical and psychological screening after arrival is highly recommended to reduce the individual disease burden and the risk of infection for others.* »²⁰(Marquardt et al. 2016). Ce que la littérature ajoute et qui est finalement aussi un souci des médecins cantonaux qui veulent faire ce dépistage plus tard, c'est que pas tous les jeunes ne montreront des symptômes de détresse psychique dès l'arrivée. Ceci implique la nécessité de faire un deuxième dépistage des troubles mentaux quelques mois après l'arrivée des jeunes. « *Findings imply that researchers, policy makers and mental health care workers need to expand their attention beyond the first phases of arrival of unaccompanied asylum seeking and refugee minors to the continuing experience of mental health problems after resettlement.* »²¹(Seglem et al. 2011). « *Regular mental health screenings are needed, in combination with, if needed, adapted psychosocial and therapeutic care.* »²²(Vervliet et al. 2014)

Au vu des différentes présentations que peut prendre la détresse psychologique de ces jeunes et la complexité de cette population, Derluyn et al. 2009 propose d'utiliser divers moyens de dépistage (questionnaire, observation, entretien formel et informel) et diverses sources d'informations (l'adolescent, le corps éducatif et le corps enseignant, etc.) afin d'améliorer la sensibilité du dépistage. Un médecin cantonal rapporte aussi que nos manières de dépister ces troubles ne permettent pas forcément de détecter tous les problèmes psychiques. Ainsi les médecins cantonaux pensent également que l'on peut utiliser différentes méthodes de dépistage tels que des questionnaires standardisés (même s'il existe aujourd'hui peu de ressources fiables et validées (cf. Annexes 11.1 : Figure B : liste d'outils de dépistage utilisés dans la littérature), des entretiens avec le corps éducatif ou avec du personnel infirmier. La forme utilisée dépendra aussi forcément de la taille du canton et du nombre de MNA qu'il reçoit. Ainsi un plus petit canton devra par exemple se baser sur des structures déjà existantes comme les médecins de premier recours et les pédiatres.

Seulement une minorité des médecins (37.5%) propose d'utiliser des psychologues/psychiatres pour effectuer ce dépistage. La présence d'un ou une psychiatre/psychologue durant le premier entretien de santé à l'arrivée du jeune dans le canton n'est pas jugée nécessaire par 100% des répondants. Comme dans la littérature, pour 8 des 9 répondants, un suivi psychiatrique ne devrait pas être offert directement aux jeunes. Ainsi, on observe au niveau Suisse que les professionnel-le-s de la santé mentale sont une ressource utilisée principalement en 2^{ème} ligne. Ces professionnel-le-s ne sont pas appelés à intervenir pour le

dépistage des troubles psychiatriques mais plutôt pour la prise en charge de ceux-ci. Ceci découle non seulement de la volonté d'avoir une utilisation pragmatique de ressources limitées et coûteuses mais également de la peur de « psychiatriser » des jeunes qui semblent aller bien et qui pourraient s'en sortir sans contact avec des professionnels de la santé mentale. De plus un médecin souligne qu'il existe d'autres professionnel-le-s qui peuvent être bien formés dans la détection des troubles psychiatriques et donc capables de faire un tri adéquat lors du premier entretien de santé. L'utilisation d'un professionnel de la santé somatique permet aussi d'avoir une porte d'entrée par le corps et non directement par la tête, ce qui semble être plus acceptable pour les MNA qui peuvent se sentir stigmatisés ou mal compris si on les met en contact directement avec un ou une professionnel-le de la santé mentale.

D'un autre côté, plusieurs professionnel-le-s et auteur-e-s désireraient avoir la présence d'un professionnel de la santé mentale pour chaque jeune dès leur arrivée en Suisse. De nombreux arguments en faveur d'une telle prise en charge sont avancés. Premièrement la présence d'un professionnel de la santé mentale dès le départ permet déjà au jeune de se familiariser avec ce monde-là et non pas de le découvrir brutalement lorsqu'il dysfonctionne et est référé dans une consultation psychiatrique. De plus, au vu de la complexité de cette population, il faut des professionnel-le-s compétents en psychiatrie transculturelle pour dépister au mieux la détresse de ces jeunes. Pour finir une intervenante s'interroge sur l'égalité des traitements entre les jeunes suisses et les MNA. En effet, la littérature le montre, tous ces jeunes ont vécu des événements stressants. Dans leur article de 2013, Jensen et al. rapportent que les événements stressants les plus fréquemment rapportés sont : le décès d'une personne proche (68%), être témoin de violence (63%) et avoir vécu dans une situation de guerre (62%). Cette intervenante se demande donc si un jeune suisse qui perd ses deux parents et traverse de tels éléments traumatiques ne serait pas directement mis en contact avec le monde de la psychiatrie « *ne serait-ce que parce qu'il va être un peu déprimé, qu'il va falloir l'accompagner, l'aider dans ce deuil etc..* » Ainsi on devrait également offrir un soutien psychiatrique aux MNA afin de « *les accompagner d'un point de vue psychothérapeutique, dans une phase de leur vie qui est forcément hyper compliquée. S'ils voyaient deux ou trois fois un psy, juste pour s'assurer que ça va bien, qu'ils élaborent bien le deuil qu'ils ont à faire, tous les traumatismes éventuels qu'ils ont vécus. Très bien, qu'ils voient un psy deux ou trois fois. Ils ont rencontré comme ça un psy, ils savent qu'ils peuvent revenir en cas de besoin, c'est tout bonus quoi. On les emmène bien chez le pédiatre, ce n'est pas un problème ou chez le dermatologue s'ils ont de l'acné, pourquoi pas les amener chez le psy ?* ».

Cette question reste à l'heure actuelle débattue au niveau des professionnel-le-s. Du point de vue de la santé publique, les cantons veulent une utilisation en 2^{ème} ligne des professionnels de la santé mentale. Ce système implique néanmoins deux adaptations du système très importantes rapportées par la littérature :

Premièrement, les éducateurs et éducatrices, les professeurs, les représentant-es légaux deviennent donc après le premier examen de santé, les professionnel-le-s sur lesquels se base toute la détection des troubles psychiatriques et de la détresse psychologique. Plusieurs études montrent que jusqu'à maintenant le corps éducatif et le corps enseignant ne se sentaient pas compétents en santé mentale et démunis face à la situation de ces jeunes. « *While aware that issues distressed the UHMs (unaccompanied humanitarian minors), these carers felt inadequate to provide what they considered to be in the best interests of the child in terms of psychological support. They discussed the need for ongoing culturally sensitive psychological support for the UHMs to help them deal constructively with loss, trauma, and grief. Carers admitted they were not equipped to manage such complex issues.* »²³ (Miller et al. 2013). « *The findings of the study show that many unaccompanied young refugees experience psychosocial and mental health problems which need to be taken care of and followed up by teachers and/or other professionals. Unfortunately, it becomes apparent that most teachers neither have sufficient knowledge nor competence regarding the psychological problems their students struggle with.* »²⁴ (Pastoor 2015). Au niveau des cantons suisses, l'importance d'avoir des professionnel-le-s auprès des jeunes qui sont formé-e-s et compétent-e-s dans les problèmes que rencontrent les MNA, est reconnu. En effet, en interrogeant les cantons sur la meilleure manière de faire de la prévention du suicide, les médecins cantonaux privilégient la formation des éducateurs-trices à reconnaître les signes de souffrance psychique de ces jeunes et l'augmentation de l'encadrement (ratio éducateur-trice/jeune). Un médecin cantonal ajoute, de même que Villanueva et al. (2017), que c'est tous les professionnels autour de ces jeunes qui doivent être formés spécifiquement à reconnaître la détresse

psychique de ces jeunes. « *Findings reveal that there is a need for professionals in the direct environment of refugee children to be trained in the complex dynamics that come into play when dealing with the (mental) well-being of these children* »²⁵ (Villanueva et al. 2017). Ce n'est pas seulement la reconnaissance de la souffrance qui doit être enseignée mais également aider les professionnel-le-s à savoir comment écouter et être présent au mieux pour ces jeunes.

Deuxièmement, il faut enseigner à ces jeunes comment travailler tout ce qu'ils ont vécu. De la prévention doit être faite afin de s'assurer que ces jeunes réussissent à gérer les traumatismes passés et la détresse émotionnelle en découlant. « *Low-threshold, psychological interventions aimed at emotion regulation and improving cognitive information processing (i.e., stimulating self-reflection, journaling, learning relaxation techniques, and learning about traumatic stress reactions, anxiety, and depression symptoms psychoeducation) should be started to enable these young people to manage their high levels of emotional distress* »²⁶ (Bean et al. 2007). Un médecin cantonal mentionne également ces techniques (psychoéducation, normalisation du stress psychologique post-migration) comme moyen de prévention du suicide. De plus, une des intervenantes vaudoises soutient qu'un des plus grands problèmes pour ces jeunes est la découverte que tout ce qu'ils ont rêvé et imagine pouvoir accomplir dans le pays d'accueil n'est pas ou très difficilement atteignable. La littérature se penche aussi sur cette question et propose d'enseigner également des techniques pour apprendre à ces jeunes à avoir des buts plus atteignables. « *Hence, as URM often carry unrealistic expectancies and wishes towards their life in the host country, primary support programs for URM should help them in setting realistic goals, disengage from unattainable or unrealistic wishes, and strive efficiently towards goal attainment.* »²⁷ (El-Awad et al. 2017). Au niveau des cantons interrogés, seulement un tiers des cantons rapportent faire de la prévention (module de prévention, groupe de parole, interventions de psychologues) auprès de ces jeunes. De même, la majorité des médecins cantonaux n'estiment pas que faire de la prévention du suicide auprès des jeunes directement soient le moyen le plus efficace de faire de la prévention du suicide.

7.2.2 Suivi psychiatrique

Au niveau du suivi psychiatrique, de nombreux médecins cantonaux reconnaissent qu'il est difficile pour eux de juger si les thérapies proposées sont adéquates car ils ne sont pas psychiatres. A ce niveau, il serait donc plus adéquat d'interroger les responsables des différentes institutions responsables des soins dans les différents cantons. Néanmoins d'un point de vue de santé publique 67% des cantons sont plutôt en faveur d'une intégration des MNA au système classique de psychiatre alors que les 33% restants pensent qu'une prise en charge spécifique doit être développée. Un médecin cantonal propose ainsi un système à bas seuil, avec une vision plus globale et adaptée aux différences culturelles et linguistiques. Pour un autre l'offre spécifique doit travailler en étroite collaboration avec le système existant déjà. Ici à nouveau un médecin cantonal qui désire intégrer les jeunes au système classique rappelle que le corps éducatif qui sera donc le principal demandeur de soins doit être bien formé et que des interprètes doivent être utilisés.

Quant aux thérapies utilisées, la littérature met en garde contre le manque de preuves actuelles dans l'efficacité des thérapies classiques sur cette population particulière et donc conseille les thérapeutes de travailler avec précaution. « *Given the current paucity of literature on clinical effectiveness in refugee mental health, clinicians must rely on careful case planning and formulation in order to successfully engage with clients and deliver culturally and developmentally appropriate interventions* »²⁸ (Grey et Young, 2008). Une recommandation néanmoins claire et récurrente non seulement dans les articles mais aussi parmi les intervenant-e-s vaudois est la nécessité de s'intéresser aux problématiques actuelles du jeune, qui peuvent être très pratiques afin de créer un lien solide et d'augmenter l'adhérence aux soins du jeune. La littérature fait référence à ces difficultés quotidiennes en temps que « *daily stressors* » et regroupe diverses catégories (cf. figure 4). « *Firstly, daily stressors should be tackled in the diagnostic assessment before or while targeting trauma (or other psychiatric syndromes), implying more psychosocial interventions instead of trauma-focused interventions.* »²⁹(Groark et al. 2011). « *Poor mental health development due to ongoing hassles may, in the long run, impair the social functioning of these refugees by increasing the risk of school dropout and unemployment* »³⁰(Keles et al. 2016) Le message clé pour les soins est résumé par cette citation d'une de nos intervenants : « *évidemment que le passé, on ne doit pas l'oublier mais la porte d'entrée c'est aujourd'hui.* »

Quand on demande aux médecins cantonaux quelles sont les barrières principales pour l'accès aux soins psychiatriques, il ressort que les deux plus importantes sont : le manque d'interprètes et le manque de ressources à disposition. Il est difficile pour un soignant seul d'avoir un impact sur ces barrières. Ces difficultés doivent être apportées sur la scène politique afin de sensibiliser les preneurs de décisions à ce manque. Un médecin rappelle évidemment que l'impact de ces barrières peut varier selon le nombre de mineurs non accompagnés présents dans le canton. « *Mental health professionals and advocates are in a position to improve the lives of these youth at the clinical and systems levels, while advocating for implementation of policies that will yield long-term solutions.* »³¹(Alvarez et Alegria 2016).

D'autres barrières semblent avoir un impact important dans les différents cantons comme le manque de professionnel-le-s compétents face à ces jeunes (manque de compétences culturelles). On peut diminuer l'impact de cette barrière en offrant des formations aux professionnel-le-s de la santé, en engageant du personnel spécialisé en psychiatrie transculturelle et en continuant à sensibiliser tous les acteurs du système de soins.

Pour finir, une autre barrière importante est représentée par les rendez-vous manqués. Le canton de Vaud a trouvé un remède à cette barrière en créant une équipe mobile de soins psychiatriques pouvant se rendre directement dans les foyers. Cette solution semble déjà avoir fait ces preuves dans le canton de Vaud qui a pu ainsi reprendre des suivis qui s'étaient interrompus durant la période de 2015-2016. Un autre médecin cantonal déplore également dans son canton qu'un suivi psychiatrique ne soit pas disponible dans les foyers car cela rend la prise en charge beaucoup plus difficile après la phase aigüe d'une crise suicidaire. La littérature recommande également une telle facilitation de l'accès aux soins : « *Outpatient mental health care services that go to the child, and not the other way around, should be developed. And, thirdly, a more extensive offer of mental health care for this population should be created, with different modalities, such as outpatient care, day care, residential psychiatric care and so forth.* »³²(Derluyn et Broekeart 2007)

7.3 Comment soutenir au mieux la santé mentale des MNA ?

Comme vu dans la littérature, de nombreux facteurs influencent la santé mentale des MNA. Selon les médecins cantonaux, les facteurs de risque jouant le plus grand rôle sur la santé mentale sont premièrement la séparation avec la famille/amis, puis l'incertitude du statut administratif, le manque de connaissances de la culture d'accueil et du système du pays d'accueil et la non-maîtrise de la langue. Puis suivent le manque de figure parentale et d'opportunités de formation/professionnelles.

La séparation avec la famille/amis est considérée comme le facteur ayant le plus d'impact sur la santé mentale de ces jeunes. Cette constatation rend d'autant plus pertinente la nécessité de faire des interventions de prévention auprès de ces jeunes et de les soutenir psychologiquement dans leur processus de deuil. « *Unaccompanied asylum-seeking children are more vulnerable to post-traumatic stress, because they are deprived of the close relationships that could help them cope better with difficult events. Substitute caregivers who can form lasting and close relationships with the children are essential if they are to reach their full potential.* ».³³(Eide et Hjern 2013). La littérature le rapporte, ces jeunes ont besoin de former de nouvelles relations de qualité pour se développer de manière optimale. Ils ont besoin d'avoir quelqu'un qui peut les conseiller, en qui ils peuvent se confier etc. Ils ont besoin de retrouver des figures parentales. Les médecins cantonaux estiment que les professionnel-le-s les plus à même de reprendre ce rôle sont les assistants-es sociaux-les, les éducateurs-trices ou les tuteurs-trices. Néanmoins pour les cantons qui ont recours à des familles d'accueil, les parents de ces familles sont de premier ordre pour reprendre ce rôle. Dans la littérature, les enfants placés en famille d'accueil montrent également une prévalence plus faible de dépression. « *Unaccompanied minors who are cared for in foster care, or in kinship placement, have lower rates of depression than those living in supported or unsupported accommodations* ».³⁴ (Eide et Hjern, 2013). Placer les jeunes en famille d'accueil serait donc le mode d'hébergement idéal. Malheureusement cette ressource est très limitée. Une autre piste est également représentée par les familles de parrainage qui semble selon les intervenant-e-s du canton de Vaud amener beaucoup de repères aux jeunes.

Le manque de connaissances de la culture d'accueil et du système du pays d'accueil a également un impact important sur la santé mentale de ces jeunes. Dans la littérature on parle de « acculturation hassles ». El-Awad et al. (2017) propose d'informer activement les jeunes à propos de la culture d'accueil afin de les aider à acquérir des compétences culturelles. « *Trainings of intercultural competence should include lessons on the concept of culture, cultural differences and similarities, stereotypes, adaptation skills, attitudes of respect and appreciation, and intercultural communication abilities. For instance, by giving knowledge about culture, URM will become more familiar with the norms, customs, cultural and social activities, the way of communicating and greeting, or the way of making friends in a host culture. [...] In addition, learning about stereotypes that are related to different cultures, ethnicities and religions should help URM (unaccompanied refugee minors) to understand other people's reactions and behaviors by informing them how stereotypes can affect people's reactions and expectations. Several training programs for IC (intercultural competences) have been developed for immigrants supporting a general effectiveness* »³⁵ (El-Awad et al. 2017). Les programmes mentionnés par cet auteur sont regroupés dans les références suivantes : ^{36 37 38}

Les médecins cantonaux et de nombreux intervenant-e-s ont également rappelé l'importance d'offrir des activités sportives à ces jeunes. De par leurs expériences passées, les intervenants rapportent une grande satisfaction des jeunes à pratiquer des activités sportives. L'accès à l'éducation est également crucial pour ces jeunes. « *Importantly, in response to the wider question over what helped them feel well and happy, 'college', 'school', 'learning' were repeatedly named as being among the most positive dimensions of their current lives. Education and learning enabled them to project into the future, have aspirations and a sense of hope about what their lives could look like and even the youngest children participating in the research recognised the possibilities that education offered them.* »³⁹ (Chase 2013)

En conclusion, la prévention optimale pour les MNA serait de les aider à acquérir divers outils afin de faciliter leur intégration (compétences interculturelles) et les aider à gérer eux-mêmes leurs émotions et détresse (MC, psychoéducation, régulation des émotions). En parallèle à la formation du jeune, il est nécessaire d'optimiser au maximum son environnement afin d'éviter des stressseurs supplémentaires (physique, matériel, etc.) et en lui permettant de créer un lien fort avec un adulte. En appliquant ces principes, on pourrait aider de nombreux jeunes et promouvoir une bonne santé mentale. Les interventions thérapeutiques spécifiques seraient ainsi réservées aux cas les plus extrêmes, permettant ainsi une utilisation rationnelle d'une ressource limitée.

« *Ces gamins, même s'ils ont traversé des tas de choses, ça reste des gamins. Ces jeunes qui ont traversé beaucoup de dangers et fait des choses que peut-être on ne vivra jamais nous-mêmes, ont aussi une âme d'enfant et peuvent réagir comme des enfants* ». Il est important pour chacun des professionnels en contact avec ces jeunes, comme dans la littérature ((Sourander 1998, Derluyn et al. 2009, Williams et al. 2016)), de garder en tête que ces MNA sont avant tout des enfants avant d'être des mineur-e-s non accompagné-e-s et qu'ils doivent être donc traités comme tels. Ce faisant, ils devraient être protégés comme n'importe quel enfant natif. Derluyn et al. (2009) pointe du doigt cette différence de statut notamment dans toute l'organisation de la prise en charge, dans certains pays, de ces jeunes qui est complètement séparée du système social pour les jeunes natifs du pays d'accueil. « *This current government policy has far reaching consequences, such as the setting up of a separated care and reception system for refugee minors, separated from the mainstream youth care system, and with fewer facilities and possibilities for educational staffing, infrastructure, psychological support, and so forth. Recognizing the huge mental health needs of refugee minors therefore also involves an important shift in the current government policies regarding these groups.* »⁴⁰ Si la prise en charge des MNA est basée d'abord sur le statut de migrant avant d'être basée sur leur statut d'enfant, il en découle une prise en charge de qualité inférieure à celle offerte aux enfants natifs du pays malgré la grande vulnérabilité prouvée de ces jeunes mineur-e-s non accompagné-e-s. En Suisse, il existe encore des disparités entre la prise en charge des MNA et des jeunes autochtones. Dans le canton de Vaud, on a ainsi par exemple montré que les foyers MNA étaient moins bien dotés que les foyers pour jeunes non migrants. La possibilité pour chaque canton de gérer lui-même la prise en charge des MNA, mène également à de grandes différences cantonales. Celles-ci ont pu être partiellement démontrées via le sondage de ce travail. En effet les médecins cantonaux étaient interrogés sur l'impact de certaines

barrières aux soins dans leur canton. Ainsi on voit que pour certains cantons le manque de ressources, le manque d'offre et le manque de disponibilité d'interprètes sont des barrières plus importantes que pour d'autres cantons.

Les professionnel-le-s entourant les jeunes, témoins de l'impact de notre politique migratoire sur la santé mentale de ces jeunes se doivent d'élever la voix et militer pour une politique qui permet à ses jeunes de se développer dans le meilleur des cadres. Dans le cas contraire au vu de la politique actuelle une intervenante partage : « *j'en ai qui vont très mal parce qu'ils sont dans une impasse administrative. On ne leur laisse pas le droit d'exister et de travailler.* » Cette difficulté encore présente aujourd'hui soulevait déjà des interrogations en 2010 : « *L'une des difficultés principales dans le soin des MNA réside dans le vécu, par l'intervenant, d'une tension permanente entre l'intérêt supérieur de l'enfant et la politique migratoire de la Confédération et des cantons. En effet, le soignant se trouve souvent impuissant face à l'impact des décisions administratives sur la santé mentale et physique des MNA.* »⁴¹ (Depallens et Ambresin 2010).

Un intervenant plaide donc pour une politique migratoire différente, dénonçant ainsi les limites de chacun des professionnel-le-s qui voient leur travail limité par le statut accordé à ces enfants. « *Ce qui pourrait régler c'est d'avoir une politique d'asile très humaine vis à vis d'enfants. Se dire c'est des gosses je les traite comme des gosses et comme si c'était les miens de gosses. Je fais le mieux possible pour eux, pour leur insertion et je leur donne tout de suite un statut hyperstable. C'est obligatoire, c'est un enfant il a un statut stable et quand il aura 18 ans il va le garder. Mais on est tellement loin de ce que je dis là donc voilà. Après chacun peut faire un petit bout.* » Il fait ainsi écho à de nombreux articles qui dénoncent les politiques européennes : « *Most (80%) European countries do not entitle migrant children to the care that has been codified to them in the UNCRC. This fundamental and potentially remediable breach of children's and human rights for already distressed victims of conflict necessitates urgent action.* »⁴² (Hjerne et al. 2017)

7.4 Recommandations finales

En résumant la littérature, les considérations des intervenant-e-s du terrain et les considérations de la santé publique, on peut faire les recommandations suivantes :

- ❖ Présence d'un-e infirmier-ère spécialisé-e en psychiatrie dès le premier entretien avec le jeune afin :
 - a. D'introduire déjà ce professionnel au jeune dès son arrivée, le familiariser avec le monde de la santé mentale.
 - b. Permettre une meilleure détection des troubles déjà présents à l'arrivée.
- ❖ Mise en place d'un deuxième entretien avec un-e infirmier-ère en psychiatrie quelques mois après l'arrivée du jeune dans son lieu de vie afin de :
 - a. Evaluer l'installation du jeune, discuter de la perte de son idéal. S'assurer qu'il élabore bien les deuils qu'il doit faire.
 - b. Détecter ceux qui ont développé un trouble avec une latence.
 - c. Détecter la souffrance de ceux qui ne « dysfonctionnent » pas de manière visible.
- ❖ Renforcement de l'encadrement (ratio éducateurs/jeunes)
- ❖ Mise en place d'un programme de prévention culturellement adapté afin d'enseigner aux jeunes comment gérer leurs émotions, leur souffrance émotionnelle et avoir des attentes réalistes, etc.
- ❖ Mise en place d'un programme pour augmenter les compétences culturelles des jeunes.
- ❖ Formation poussée des professionnel-le-s encadrant les jeunes à détecter la souffrance psychique et des professionnel-le-s de la santé pour être culturellement compétent-e-s dans leurs soins.
- ❖ Augmentation de la collaboration entre les soins psychiatriques et les assistants-es sociaux-les
- ❖ Accès facilité aux soins psychiatriques (des soins psychiatriques qui vont vers les jeunes).
- ❖ Favoriser le placement en famille d'accueil. A défaut de ressources, encourager les parrainages.
- ❖ Accès et maintien obligatoire à la formation, offre d'activités sportives ou loisirs à disposition.
- ❖ Mobilisation des professionnel-le-s entourant les MNA pour une politique d'asile plus souple.
- ❖ Mobilisation des professionnel-le-s pour mener des recherches sur les MNA et l'efficacité des différentes psychothérapies sur cette population.

8. Limitations

Au niveau des entretiens menés avec les acteurs du système vaudois, afin d'avoir une vision encore plus globale de la prise en charge de ces jeunes, il aurait fallu mener également des entretiens avec des éducateurs, des assistants sociaux de l'OCTP, des psychiatres privés impliqués dans la prise en charge des MNA, des familles de parrainages, des familles d'accueil et l'hôpital de l'enfance de Lausanne (HEL).

Au niveau du sondage réalisé avec les médecins cantonaux plusieurs limites ont pu être identifiées :

- L'utilisation de deux langues (français, allemand) signifie que de petites différences peuvent être présentes dans les questionnaires.
- La participation des médecins cantonaux est restée faible (36%). Les résultats ne peuvent donc pas refléter ainsi l'ensemble de la Suisse et il est impossible de proposer un consensus dans l'offre en santé mentale avec un tel taux de participation.
- Un des médecins rapporte des difficultés à visualiser l'entier du sondage, l'obligeant parfois à répondre des choses inadéquates. C'est le seul sondé ayant rapporté de tels problèmes.
- Deux des répondants ont transmis le sondage à d'autres intervenants, ce qui modifie l'homogénéité du groupe d'experts interrogés.

9. Conclusion

Ce travail est à ma connaissance le premier qui tente de compiler les données de plusieurs cantons et d'obtenir une vision globale de la situation des MNA en Suisse en particulier sur le plan de la santé mentale. Même si l'objectif d'obtenir un consensus des soins en santé mentale n'a pas pu être atteint, ce travail a quand même pu apporter quelques recommandations pratiques et pragmatiques se basant sur la réalité du terrain. Des pistes de réflexions pour améliorer le futur de la prise en charge en santé mentale de ces jeunes ont également pu être développées grâce à la revue de littérature extensive et les interrogations des intervenant-e-s vaudois-es. La santé mentale des MNA est un sujet vaste, complexe et impliquant de très nombreux facteurs. Interroger les médecins cantonaux a ainsi permis de découvrir les préoccupations de la santé publique et d'orienter les efforts des intervenant-e-s.

Il reste beaucoup à faire pour améliorer la prise en charge de ces jeunes, mais on assiste à une réelle prise de conscience au niveau national. Au niveau du canton de Vaud, il y a depuis quelques années un réel intérêt pour les questions tournant autour des MNA et on observe que des nombreux efforts ont déjà été faits à la suite des multiples tentatives de novembre 2016. Il est à déplorer que ce soit des événements aussi tragiques qui aient permis de déclencher la mobilisation de ressources au niveau politique et le processus de réflexion autour de ces jeunes. La situation est encore loin d'être parfaite, notre système politique maltraite encore ces jeunes en refusant de leur offrir un avenir sûr et des opportunités professionnelles. Ce système a peu de sens alors que le quotidien « 24 heures » rapporte dans un article récent que « *selon la dernière étude menée par le spécialiste du travail temporaire, un tiers des entreprises suisses ont des difficultés à pourvoir les postes vacants.* »⁴³ La vulnérabilité des MNA n'est pas encore reconnue entièrement et la Suisse doit continuer de s'efforcer de respecter les conventions qu'elle a signées en faveur des enfants menacés.

C'est non seulement pour les MNA que la Suisse doit continuer à faire des efforts mais c'est aussi pour tous les réfugiés qu'il faut se mobiliser. Dans leur dernier rapport sur les personnes déplacées, l'UNHCR rapporte qu'en 2017 68,5 millions de personnes à travers le monde avaient été chassées de leurs foyers. Les réfugiés fuyant la guerre et la persécution représentent 25,4 millions, soit un accroissement de 2,9 millions par rapport à 2016. Au niveau européen, on a assisté en 2017 à une diminution des arrivées mais à une dégradation de l'état de santé des migrants arrivant en Europe⁴⁴ (UNHCR 2018). De nombreux scandales de maltraitance extrême, d'esclavagisme ont également ponctué les années 2017 et 2018. Face à l'arrivée de ces hommes et femmes extrêmement vulnérables, la Suisse doit devenir « *refugee competent* » et être capable de réagir rapidement en cas d'augmentation de l'arrivée de réfugiés afin d'éviter de se retrouver à nouveau débordée comme en 2015-2016.

« *Many of these children have experienced terrible violence, sexual abuse, trafficking and emotional and psychological pressure not only during their journey but in Europe itself. They deserve better protection and care from Europe. All actions and decisions must have the child's best interests at heart.* »⁴⁵ Diane Goodman, Deputy Director of UNHCR's Europe Bureau.

10. Liste d'abréviations

MNA : mineur-e-s non accompagné-e-s

SSI Suisse : Service social international

ADEM : Alliance pour les droits des enfants migrants.

CDAS : Conférence des directrices et directeurs des affaires sociales.

Tdh : Terre des hommes

OSAR : Office suisse d'aide aux réfugiés

UNHCR: United nations high commissioner for Refugees

USMI : Unité de soins aux migrants

EM : Equipe mobile en psychiatrie, détachée du SUPEA

SUPEA : Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent

CREAL : Centre de ressources pour élèves allophones

GT MNA : groupe de travail créé sur mandat de la santé publique pour améliorer la prise en charge des MNA, regroupant toutes les institutions en contact avec ces jeunes

OCTP : Office des curatelles et tutelles professionnelles

HEL : Hôpital de l'enfance de Lausanne

EVAM : établissement vaudois d'accueil des migrants

CHUV : centre hospitalier universitaire vaudois

PAIRES : Parrainage pour l'aide à l'intégration des réfugiés en Suisse

NEM : statut de Non Entrée en Matière. Statut qui oblige les MNA à quitter le territoire Suisse.

CDE : Convention relative aux droits de l'enfant

LARA : loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers

SEM : secrétariat d'Etat aux migrations

PTSD : post-traumatic stress disorder