

LES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS ET LE SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS : ÉTUDE QUALITATIVE

Marion Guégan et Elisabeth Rivollier

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2017/6 Vol. 29 | pages 861 à 867

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-page-861.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative

Stranger isolated minors and the french health care system: qualitative study

Marion Guégan¹, Élisabeth Rivollier²

→ Résumé

Objectif : Avant l'obtention de leur assurance maladie, les Mineurs isolés étrangers (MIE) sont susceptibles de consulter dans une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Cette étude a eu pour objectif d'étudier leurs représentations et ressentis du système de soins français.

Méthodes : Étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés avec des MIE ayant consulté dans une PASS, puis pris en charge dans le droit commun. Déclaration à la CNIL et validation de la méthodologie par un comité éthique.

Résultats : Au total, 21 jeunes ont été interviewés. Ils expriment leur satisfaction à propos des soins, même si le système de soins est vécu comme complexe. L'ordonnance est primordiale car elle permet l'obtention des médicaments, but ultime de leur accès aux soins. L'assurance maladie n'est pas connue de tous. Les PASS sont souvent assimilées à l'hôpital, ses missions et les dépistages sont mal compris. Le médecin généraliste n'est pas toujours identifié et son rôle est mal connu. Les éducateurs apparaissent aux MIE comme des déterminants de l'accès aux soins et sont considérés comme de véritables piliers. La santé est primordiale pour tous. Aucun n'évoque la santé mentale.

Conclusion : Les MIE nécessitent une meilleure information sur leurs droits en santé et sur le système de soins de France. Sont à améliorer la formation des éducateurs sur l'accompagnement en santé, leurs connaissances sur les droits des MIE et sur les rôles des intervenants en santé. Le dépistage des pathologies mentales est à développer.

Mots-clés : Accès aux soins de santé ; Éducateur ; Médecin traitant ; Migrants ; Mineurs ; Permanence d'accès aux soins de santé.

→ Abstract

Objective: While waiting for health insurance coverage, unaccompanied foreign minors (UFM) can attend PASS healthcare access clinics in French hospitals. The aim of this study was to identify UFM's representations and perceptions of the French health care system.

Methods: This qualitative study was based on a series of individual, semi-structured interviews of UFM attending a PASS clinic. The methodology was approved by the French data protection authority and an ethics committee.

Results: A total of 21 UFM were interviewed. Participants expressed their satisfaction with health care, although the health care system was perceived as a complex system. The prescription is essential, as it enables the patient to obtain medications, the ultimate goal of health care access. Not all participants knew about the existence of national health insurance. They were unable to distinguish between PASS clinics and the hospital in general and the screening role of PASS clinics was often poorly understood. The general practitioner was not always identified and his role was poorly understood. Educators were perceived as playing a decisive role in health care access. Health is essential for all UFM. None of them referred to mental health issues.

Conclusion: UFM need better information about the health care system and their rights. The educators' health care support training, their knowledge of the rights of UFM and the role of healthcare professionals need to be improved. Screening of mental illness needs to be developed.

Keywords: Educator; General practitioner; Health care access; Migrants; Minors.

¹ Département de médecine générale – Université Claude Bernard – Lyon 1 – 69008 Lyon – France.

² CHU Hôpital Nord – Bâtiment G – PASS ULAT – 42055 Saint-Étienne – France.

Correspondance : E. Rivollier
elisabeth.rivollier@chu-st-etienne.fr

Réception : 06/07/2017 – Acceptation : 24/10/2017

Introduction

Concernant la santé des adolescents, l'Organisation mondiale de la santé définit plusieurs niveaux de préoccupation internationale dont l'accès aux soins gratuits, confidentiels et non-discriminants [1]. En France, *la mission Bien-être et santé des jeunes* souligne la pertinence de la question et l'urgence de la mobilisation [2].

Parmi les jeunes vulnérables en France, figurent les Mineurs non accompagnés (MNA), jeunes de moins de 18 ans, non accompagnés d'une personne détenant l'autorité parentale, et originaires d'un pays autre que la France [3]. La dénomination de MNA a vu le jour en mars 2016, lorsque Jean-Jacques Urvoas, Garde des sceaux, a déclaré que désormais elle remplaçait celle de Mineurs étrangers isolés (MIE). D'après le dispositif d'orientation nationale, 5 990 personnes ont été déclarées MIE en 2015 [4]. Mais ce chiffre ne prend pas en compte nombre de MIE qui ne sont pas pris en charge par les dispositifs territoriaux (jeunes non reconnus MIE, victimes de traite, etc.).

Ces jeunes sont susceptibles de nécessiter un accès rapide aux soins, principalement du fait des traumatismes physiques et psychologiques les ayant amenés à l'exil et les traumatismes survenus dans leur parcours migratoire. Tant que leurs droits ne sont pas ouverts, leur prise en charge est possible au sein des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dispositifs médico-sociaux hospitaliers qui ont pour missions d'accompagner les patients dans les démarches pour la reconnaissance de leurs droits, de dispenser des soins de médecine générale, et d'ouvrir un accès au plateau technique hospitalier. Une fois effective l'ouverture de leurs droits, ces patients relèvent du système de droit commun [5].

Peu de travaux scientifiques existent sur la santé des MIE ou MNA, les plus importants sont réalisés aux USA et en Allemagne et traitent principalement des pathologies psychiatriques dont souffre cette population [6-8]. À ce jour et à notre connaissance, aucune étude française ne traite des MIE dans leur rapport avec le système de soins.

L'objectif principal de ce travail a été de connaître comment les MIE ont vécu l'accès aux soins dans le système médical français avec un premier recours à la PASS, puis en cabinet de médecine générale. Quelles représentations ont-ils de la PASS et de la médecine générale ? Comment ont-ils vécu le relais de l'une à l'autre ? Qu'ont-ils compris de leurs droits concernant la santé ? Et enfin, quelle place occupe la santé dans leur vie ?

Méthodes

Cette étude a obtenu l'accord de la commission éthique du Collège universitaire de médecine générale de Lyon (numéro IRB : 2016-03-10-05). Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés a été effectuée le 11 mars 2016 sous le numéro 1938967v0.

Il s'est agi d'une étude qualitative, effectuée dans le cadre d'une thèse de médecine générale, par entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de MNA par une seule personne, sans observateur externe. Les jeunes inclus dans cette étude devaient avoir le statut officiel de MIE (selon une décision antérieure à mars 2016), avoir été pris en charge par une PASS (celle du CHU de Saint-Étienne ou du CH de Chambéry), relevés au moment de l'entretien du droit commun, et avoir un médecin traitant. Avant de proposer l'entretien au MIE, l'accord du responsable légal et celui du responsable de la structure d'accueil ont été obtenus. Les entretiens ont eu lieu dans la structure d'accueil et d'hébergement de chaque MNA. Le guide d'entretien a été construit autour de trois axes principaux : le vécu des soins aux différentes étapes, c'est-à-dire à la PASS, lors du relais vers la médecine de ville et dans le système de droit commun ; la compréhension de l'assurance maladie ainsi que l'importance de la santé.

Chaque entretien a été enregistré. Les verbatims ont été retranscrits, assurant l'anonymat des patients. Deux personnes ont effectué indépendamment une analyse thématique sur la base de ces verbatims, puis une mise en commun avec une triangulation de leurs résultats. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

Dès les premiers entretiens, un temps supplémentaire, hors enregistrement, s'est avéré nécessaire pour apporter à chaque MIE interviewé des informations sur l'organisation des soins en France.

Résultats

La saturation des données a été constatée après 20 entretiens et confirmée par un entretien supplémentaire. Au total, 22 patients ont été sollicités dont 21 ont accepté de participer. La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes (minimum 9 minutes, maximum 82 minutes).

Caractéristiques de l'échantillon

Ont été inclus 4 filles et 17 garçons. L'âge variait de 16 ans à 17,5 ans au moment des entretiens, avec un âge moyen de 16,5 ans.

Parmi les 21 jeunes, 20 étaient originaires d'Afrique subsaharienne et un du Kosovo.

La durée moyenne de séjour en France était de 10,8 mois (minimum cinq mois, maximum 24 mois).

Vécu du système de soin français

Les jeunes expriment une satisfaction globale quant aux prises en charge dans le système médical français. Celui-ci est pour autant vécu comme complexe. Ils expriment des difficultés au niveau de l'organisation propre du système qui portent sur chacune des étapes et des composantes de l'accès aux soins français : la nécessité de prendre rendez-vous, d'aller au cabinet médical, d'attendre en salle d'attente, d'avoir la consultation pour obtenir l'ordonnance et enfin aller à la pharmacie pour obtenir les médicaments. Un jeune dit par exemple : « *Non en fait je peux pas dire que c'est facile (...) Parce que si c'était facile on prend pas de rendez-vous. On se rendrait direct chez le médecin. Tu prends des médicaments, tu rentres. Mais tu peux pas faire. Tu dois prendre rendez-vous, arriver, on doit te faire une ordonnance. (...) Pour passer dans tout ça il faut avoir certaines cartes comme la CMU, la carte médicale d'état... pour avoir ça c'est pas aussi facile* ». Seule la pharmacie est présentée comme facile d'accès. L'ordonnance apparaît comme importante car elle permet l'accès aux médicaments, un jeune dit : « *Euh je sais pas... tout ce que je demande... si je suis malade, il me fait une ordonnance. C'est tout...* ».

L'éducateur est considéré par nombreux MIE comme un facilitateur de l'accès aux soins. Un jeune nous dit par exemple : « *Hum c'est pas que je vais aller à l'hôpital. Exactement je vais, je vais, chez mon éducateur qui va me dire où je vais aller* ».

Le statut de MIE les confronte à d'autres difficultés. Leur isolement nécessite qu'ils soient confiés à un service d'assistance éducative, mais pour ce faire ils doivent obtenir la décision du juge les reconnaissant comme mineurs isolés. Le fait d'être étranger les confronte par ailleurs à la différence culturelle et à la barrière de la langue. Plusieurs jeunes reviennent sur le fait que l'accès aux soins français est leur premier accès à la médecine dite moderne, en opposition à la médecine traditionnelle à laquelle ils avaient recours dans leur pays.

Représentation de leurs droits en santé

L'assurance maladie est partiellement, voire totalement, inconnue pour de nombreux MIE. Plusieurs évoquent l'accès aux soins et aux médicaments qu'elle permet et tout cela de manière gratuite. Certains jeunes ont des fausses croyances quant à son rôle et son fonctionnement ; par exemple un MIE quand il croit que la CMU chez le médecin : « *c'est pour montrer ma présence* », un autre : « *pour qu'il va connaître que j'ai étranger mineur* ». Ils expriment également des notions erronées quant à des périodes de validités de la CMU : « *Ils font souvent des CMU de 6 mois, ça se périme après 2 mois, 3 mois, 6 mois, ça dépend* ». Notions erronées aussi concernant les critères de stabilité sur le sol français : « *Faut prouver que tu as fait six mois. Après ça, on peut te donner une couverture* ». L'incompréhension est encore majorée lorsqu'avant de bénéficier de la CMU, le jeune obtient l'Aide médicale d'état (AME). Ainsi un MIE dit : « *La carte médicale d'état, c'était pour les urgences* ». Tous les entretiens, sauf un car le participant avait un autre rendez-vous, ont nécessité un temps supplémentaire hors enregistrement pour apporter de l'information sur la couverture maladie.

Représentations et ressenti des services PASS

De manière globale, les MIE expriment une satisfaction quant à leur prise en charge dans les PASS avec des termes à dimension humaine, professionnelle. L'absence de discrimination est également mise en avant. Pour autant, de nombreux MIE ne connaissent pas les missions des PASS et l'assimilent à l'hôpital. Plusieurs reviennent sur l'accès aux soins gratuits que permet ce service. Peu de MIE comprennent le sens des dépistages qui y sont réalisés. Certains pensent que ces dépistages étaient obligatoires. Un jeune dit : « *Oh je me souviens plus [dans quel service il allait à l'hôpital] (...) Ah là-bas, (...) quand j'ai venu nouveau au foyer, on m'avait obligé, faut que je fais l'examen* ».

Les MIE reviennent sur un service qu'ils ont perçu comme un service dédié à une population particulière : au niveau du statut juridique (les sans-papiers, les migrants...) ou sans couverture maladie.

Représentations et ressentis de la médecine générale

Les MIE n'ont pas tous repéré le médecin généraliste et certains l'assimilent encore à l'hôpital. La plupart parlent uniquement de la prise en charge somatique dispensée,

ainsi que le suivi au long cours et la connaissance du patient qu'a ce médecin. Les MIE sont satisfaits des prises en charge en médecine générale et l'évoquent avec des termes à dimension humaine, professionnelle et relationnelle.

Certains se plaignent de l'attente en médecine générale, mais aussi du manque de disponibilité ressenti de la part du médecin. Certains expriment une relation médecin-patient particulière puisque l'éducateur est inclus dans la communication : c'est lui qui reçoit l'information. Un MIE nous dit : « *C'est mon éducateur qui parle avec lui* ».

Vécu du relais de la PASS à la médecine générale

Plusieurs expriment une référence à la dimension légale de ce relais : l'acquisition du droit d'avoir un médecin traitant et la perte du droit d'aller à la PASS. Certains expriment bien vivre ce relais du fait de la présence des éducateurs et d'autres du fait de la proximité géographique du médecin traitant. Le relais engendre pour quelques MIE de la tristesse voire un sentiment d'abandon.

Importance de la santé

La santé est primordiale pour les MIE : « *Si tu n'as pas la santé c'est zéro tout ce que tu as* ». Elle est une forme d'indépendance : « *Quand je suis en santé je dérange personne* ». Ils l'opposent d'emblée à la maladie, à la perte d'activité que celle-ci entraînerait. La famille peut être placée comme priorité : « *Je veux voir ma famille. C'est le plus important que la santé* ». Mais aucun ne fait référence à la santé mentale.

Discussion

Principaux résultats

L'ensemble des MIE expriment une satisfaction globale quant à leur prise en charge médicale. Nous constatons cependant que pour eux, le système de soins français est vécu comme obscur à tous les niveaux, d'une part du fait de son organisation propre et d'autre part du fait de leur statut de MIE. Seule la pharmacie est vécue comme facile d'accès. L'ordonnance apparaît comme primordiale, car elle permet l'accès aux médicaments, but ultime des soins.

L'éducateur est considéré par de nombreux MIE comme un facilitateur voire un déterminant de l'accès aux soins.

L'assurance maladie est partiellement voire totalement inconnue des MIE alors qu'ils en bénéficient. L'obtention de l'AME dans un premier temps majore l'incompréhension. Les PASS sont bien souvent assimilées à l'hôpital. Ses missions et son rôle sont mal connus des MIE. Les dépistages qui y sont réalisés sont mal compris. Les médecins généralistes sont peu repérés et leur rôle mal connu.

La santé est évoquée uniquement de manière somatique et apparaît comme primordiale.

Interprétation vis-à-vis de la littérature

L'éducateur est bien souvent considéré par les jeunes comme déterminant et facilitateur de l'accès aux soins, vécu identique à celui de jeunes placés au titre de la protection de l'enfance, mentionné dans un rapport où les jeunes attribuent à l'éducateur le rôle d'accueillir leur demande en santé [9]. Les éducateurs sont donc les déterminants de l'accès aux soins des jeunes : du recueil de la demande à l'organisation des consultations. À la différence de la littérature sur les PASS, les MIE de l'étude n'ont quasiment pas repéré l'assistant social, professionnel primordial dans une PASS [10, 11]. Cela s'explique par les prises en charge parallèles des jeunes par des éducateurs au moment où ils consultent à la PASS. Nous savons que pour les adultes la compréhension du fonctionnement du dispositif dans un premier temps, est perçue comme difficile pour certains. Cependant, il s'est avéré progressivement plus clair au cours de leur prise en charge [1]. Cet écart avec les MIE, laisse supposer que l'information sur le dispositif PASS n'est pas réalisée auprès des MIE. Certains MIE ont vécu le service PASS comme un service prestataire de dépistage, perception qui n'est pas retrouvée dans les études réalisées auprès des adultes. D'où des questions éthiques : qu'ont-ils reçu comme informations ? Leur accord a-t-il été obtenu avant la réalisation des examens de dépistage ? Ces propos sont probablement à nuancer, car aucun MIE rencontré n'a exprimé un mauvais ressenti des prises en charge dans les PASS.

Le relais de la PASS à la médecine générale est globalement bien vécu à la différence des études menées auprès de patients adultes des PASS. L'étayage par les éducateurs permet vraisemblablement de diminuer l'attachement des jeunes aux personnels PASS. Les éléments mis en avant par les adultes comme des obstacles au relais sont l'appréhension de l'arrêt des interventions sociales et l'isolement auquel ils sont confrontés dans leur situation précaire [10-12]. Les jeunes de notre étude, ne perçoivent pas ces

obstacles, soit qu'ils sont rassurés car bénéficiant de mesures sociales au titre de la protection de l'enfance, soit qu'ils n'anticipent pas la suite de leur parcours de soins à leur majorité.

Les insatisfactions en médecine générale, en particulier le manque de disponibilité du médecin généraliste ressenti par les MIE, sont également exprimées dans une étude conduite auprès de patients précaires [13]. Par contre, le manque de disponibilité du médecin généraliste n'est pas identifié pour les adolescents français [14]. Une étude de la DREES montre que la durée moyenne des consultations en médecine générale dure une à deux minutes de moins pour les patients bénéficiaires de la CMUc [15]. Ainsi l'approche des médecins généralistes de ces jeunes, serait plus celle d'adultes précaires que d'adolescents. Quant à l'attente, elle représente un motif récurrent d'insatisfaction aussi bien pour les patients PASS, que pour les migrants et les adolescents français [14, 16].

La satisfaction globale exprimée sur les soins se retrouve chez les migrants adultes [16].

La communication avec le médecin traitant apparaît particulière chez les MIE, car elle intègre l'éducateur et les MIE le disent bien. Les jeunes de l'étude acceptent l'implication de l'éducateur dans leur relation médecin-patient. Cela interpelle car *a contrario* différentes études effectuées auprès des adolescents français, australiens et néo-zélandais mettent en avant comme obstacle au recours aux soins la non confidentialité [17-19]. Les MIE de l'étude vivent bien cette place de l'éducateur dans leur relation et même la perçoivent comme nécessaire. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les jeunes placés au titre de la protection de l'enfance ont une délimitation différente de la sphère de l'intimité, les services sociaux les accompagnant ayant pénétré dans leurs histoires personnelles [9]. Ces jeunes n'ont pas forcément la notion que pour les soins de santé, il pourrait en être autrement, la notion de confidentialité peut leur être étrangère ou ne pas être une priorité pour eux.

L'importance de l'ordonnance est retrouvée en population française et européenne dans une revue de la littérature [20].

Si les MIE attachent beaucoup d'importance à la santé, aucun MIE de l'étude ne fait référence à la santé mentale, alors que les différentes études montrent que parmi les principales pathologies dont souffrent les MIE, la part des pathologies mentales est importante [6-8]. Ces troubles sont pour l'essentiel des stress post-traumatiques, des détresses psycho-sociales et des syndromes anxioc-dépressifs ; quand ils sont pris en charge, de nombreuses ruptures de suivi sont observées [21].

Forces et faiblesses de l'étude

Le lancement de *la Mission bien-être et santé des jeunes* et la rareté des recherches interviewant directement les jeunes témoignent de l'intérêt de cette étude [2]. La validation par un comité éthique donne une caution à la méthodologie utilisée. La double analyse des résultats ainsi que leur triangulation limitent les interprétations. L'étude étant multicentrique, elle permet de recouvrir des situations vécues dans différentes PASS et différents réseaux de soins de ville.

Le groupe étudié s'écarte d'une exacte représentativité. En effet dans notre étude, par rapport au bilan national de 2015, les filles sont surreprésentées (19 % *versus* 6 %). Tous les jeunes ont 16 ans ou plus (100 % *versus* 70 % environ). Les jeunes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne sont surreprésentés (95 % *versus* 63 %) [4]. Pour obtenir un échantillon plus représentatif, il aurait été nécessaire d'ajuster au fil de l'étude les caractéristiques des MIE inclus dans les entretiens, ce qui s'est révélé impossible en raison de difficultés à obtenir les autorisations nécessaires pour rencontrer les MIE.

La méfiance de certains jeunes, possiblement majorée par l'enregistrement audio, a pu leur faire modifier leurs réponses, bien que le cadre le plus rassurant possible ait été mis en place.

Le manque d'informations essentielles sur la couverture sociale chez les MIE est très probablement un phénomène général au-delà de ceux qui ont eu recours à la PASS. De façon paradoxale à sa mission de facilitateur des soins, le dispositif PASS peut induire une confusion chez ces jeunes et leurs accompagnants. D'ailleurs la méconnaissance de l'accessibilité et des caractéristiques des services est pointée par les adolescents comme obstacle aux soins [18].

Interroger des MIE sur leur façon de percevoir leur santé comporte des limites puisque ces jeunes au parcours d'exil bénéficient à peine des conditions préalables à la santé telles que définies la charte d'Ottawa, notamment ils ne peuvent pas compter sur un apport durable de ressources, ni sur un hébergement assuré [22].

Perspectives

Aux futurs adultes que sont les MNA, le système de soins français doit être mieux explicité afin d'améliorer les repères pour les soins et éviter les retards de prise en charge médicale. Les PASS doivent davantage communiquer sur leur position de services-recours notamment en l'absence d'assurance maladie, situation fréquente pour

ces jeunes à leur majorité. Les médecins généralistes, pivots de la prise en charge médicale, ont aussi à expliquer davantage leurs rôles afin que les MIE puissent s'appuyer sur leurs différentes compétences. Des supports à ces informations sont à créer. Doit y être intégré le droit à la confidentialité.

L'information et la formation des éducateurs apparaissent primordiales concernant les droits des MNA et les enjeux de l'accompagnement en santé des jeunes. Des formations spécifiques pour les éducateurs sont à développer, les professionnels des PASS ont un rôle à y jouer.

Conclusion

Les entretiens auprès de MIE ont permis d'identifier le type de méconnaissances et de confusions relatives à l'assurance maladie et au système de soins français. Le rôle des PASS est mal identifié par les MIE, les modalités du recours au médecin traitant mal connues. Les MIE expriment cependant leur satisfaction, même si le système de soins leur semble complexe. Les MIE s'en remettent pour ces questions à leurs éducateurs. L'information des MIE sur leurs droits en santé et la formation des éducateurs sur l'accompagnement des prises en charge en santé sont à développer.

Cette étude pointe la santé mentale comme hors champ du concept de santé chez les MIE. L'éducation à la santé de ces jeunes gagnerait à intégrer la dimension essentielle qu'est la santé mentale. Pour l'heure, c'est sur les professionnels accompagnants des champs sanitaire et social que repose le dépistage des pathologies mentales chez ces jeunes vulnérables.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. World Health Organisation. Global Standards for Quality Health Care Services for Adolescents. 2015. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/.
2. Moro MR, Brison JL. Mission Bien-être de jeunes. Ministère des affaires sociales et de la santé. Nov 2016. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/164000747/>.
3. Debré I. Les mineurs isolés étrangers en France [Internet]. Disponible sur : <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000220/>>.
4. Rapport annuel d'activité 2015. Mission Mineurs Isolés Étrangers [Internet]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA_MIMIE_2015_version_finale.pdf>.
5. Rivollier E, Piegay E, Scanvion A. Revue Hospitalière de France – Exclusion : Quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ? [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/550/Precarites-et-inegalites-en-sante/Exclusion-Quelles-prises-en-compte-par-l-hopital-Quelles-liaisons-avec-le-territoire>.
6. Ciaccia KA, John RM. Unaccompanied Immigrant Minors: Where to Begin. J Pediatr Health Care. Mai 2016;30(3):231-40. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891524516000043>.
7. Robinson LK. Arrived: The Crisis of Unaccompanied Children at Our Southern Border. Pediatrics. 1 févr 2015;135(2):205-7.
8. Marquardt L, Krämer A, Fischer F, Prüfer-Krämer L. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. Trop Med Int Health. févr 2016;21(2):210-8.
9. EUILLET S, HALIFAX J, MOISSET P, SÉVERAC N. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. 2016 [cité 7 sept 2016] ; Disponible sur : http://www.infomie.net/IMG/pdf/rapport_ddd.pdf.
10. COLLIN T. Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun. 10 mars 2011;176.
11. PAILHES S. De la PASS au système de santé de droit commun [Internet]. Lyon 1 ; 2008. Disponible sur : <<https://www.atd-quartmonde.fr/these-de-la-pass-au-systeme-de-sante-de-droit-commun/>>.
12. PEYRET M, BLACHE L. Détermination de critères de l'évaluation des PASS avec les usagers du dispositif [Internet]. Grenoble ; 2014. Disponible sur : [file:///C:/Users/Utilisateur/Videos/Downloads/140131-th%C3%A8se_crit%C3%A8re-%C3%A9val-PASS%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilisateur/Videos/Downloads/140131-th%C3%A8se_crit%C3%A8re-%C3%A9val-PASS%20(2).pdf).
13. MARRON-DELABRE A, RIVOLIER E, BOIS C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. Santé Publique. 2015;27(6):837-40.
14. LACOTTE MARLY E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. [Internet]. Université de Paris 5 René Descartes. Faculté de médecine Necker Enfants malades. Paris. FRA ; 2004. Disponible sur : <www.medecinado.org/docs/these_marly.doc>.
15. COLLET M, GOUYON M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles – Études et résultats – Ministère des Affaires sociales et de la Santé. févr 2008;(625). Disponible sur : <<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er625.pdf>>.
16. GUILLOU AY. Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes [Internet]. 2005 nov. Disponible sur : http://www.odris.fr/documents/etudes/Pratiques_Therapeutiques_2005.pdf.
17. TUDREJ BV, HEINTZ AL, INGRAND P, GICQUEL L, BINDER P. What do troubled adolescents expect from their GPs? Eur J Gen Pract. 3 sept 2016;1-8.
18. BOOTH ML, BERNARD D, QUINE S, KANG MS, USHERWOOD T, ALPERSTEIN G, et al. Access to health care among Australian adolescents young

- people's perspectives and their sociodemographic distribution. *J Adolesc Health.* 1 janv 2004;34(1):97-103.
19. Denny S, Farrant B, Cosgriff J, Harte M, Cameron T, Johnson R, *et al.* Forgone health care among secondary school students in New Zealand. *J Prim Health Care.* Mars 2013;5(1):11-8.
20. Mouret-Bonzi M. « L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014 » – c18c5111-ecee-41b8-8fe4-43144ac5ad4e [Internet]. 2015 [cité 2 sept 2016]. Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c18c5111-ecee-41b8-8fe4-43144ac5ad4e>.
21. Gerbes A. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. *L'information psychiatrique.* Mars 2015;91,243-54.
22. Organisation mondiale de la santé. Chartre d'OTTAWA. 1986. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.