

Année 2019

MÉMOIRE

DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présenté et soutenu

par

Elise DUPONT

le 14 février 2019

Accès aux soins primaires des Mineurs Non Accompagnés

JURY :

Monsieur le Professeur Yves ABITTEBOUL

Monsieur le Professeur Pierre BOYER

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Accès aux soins primaires des Mineurs Non Accompagnés

Résumé :

Introduction : Les Mineurs Non Accompagnés (MNA) sont des jeunes de moins de 18 ans, originaires d'un pays étranger et non accompagnés d'une personne détenant l'autorité parentale. Ils sont de plus en plus nombreux en France et nécessitent des soins parfois rapidement après leur arrivée. Cette étude cherche à identifier les possibilités et les obstacles concernant leur accès aux soins primaires à la lumière des dernières lois et recommandations.

Méthodes : il s'agit d'une revue narrative de la littérature. Elle s'appuie sur des articles scientifiques, rapports, circulaires ou textes de loi concernant les données épidémiologiques, juridiques et sanitaires des MNA. L'objectif principal est d'éclaircir le cadre légal de leur accès aux soins. L'objectif secondaire est l'identification des obstacles à leur réalisation.

Résultats : Les MNA présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité liés à leur parcours migratoire, à leurs conditions de vie en France, à leur statut d'enfant. Leurs besoins concernent surtout les soins primaires et psychiques. Un bilan de santé est recommandé dès l'étape d'évaluation de leur minorité et de leur isolement effectuée par les conseils départementaux. Les soins sont conditionnés à l'accès à l'assurance maladie, et peuvent être empêchés par l'absence de représentant légal. La plupart des actes sont néanmoins réalisables sans le consentement d'un représentant légal si le mineur est accompagné d'un adulte. D'autres obstacles sont la réticence des médecins et le cloisonnement des secteurs sanitaire et socio-juridique.

Conclusion : La complexité des situations des MNA peut mettre en difficulté les médecins qui les reçoivent. Cet article propose des outils pour la compréhension de leur statut administratif et juridique afin de faciliter leur accueil en consultation. Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés pour ce public qui requière une prise en charge globale. Ils contribueraient ainsi à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Sommaire

Introduction	4
Méthodes	6
Résultats	8
1. Facteurs de vulnérabilité et évaluation des besoins en soins	8
1.1. Qui sont les mineurs non accompagnés ?	8
1.1.1. Définitions : des mineurs isolés étrangers aux mineurs non accompagnés	8
1.1.2. Données chiffrées : de plus en plus de MNA en France	8
1.2. De multiples facteurs de vulnérabilité	9
1.3. Besoins en soins : soins primaires et soins psychiques prioritaires	10
1.4. Un bilan de santé préconisé dès l'étape d'évaluation	11
2. Textes de loi concernant les soins des mineurs.....	12
2.1. Internationaux : Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant	12
2.2. Conseil de l'Europe : Charte Sociale Européenne	12
2.3. En France	12
2.3.1. Code Civil	12
2.3.2. Code de la Santé Publique	13
2.3.3. Circulaires interministérielles	14
3. Modalités d'accès aux soins selon la situation du jeune	14
3.1. Synthèse du parcours administratif et judiciaire des MNA	14
3.1.1. Cadre légal	14
3.1.2. Différentes étapes	15
3.1.3. L'évaluation de la minorité.....	15
3.1.4. La demande d'asile des MNA	16
3.2. Protection maladie	17
3.2.1. Mineurs protégés par ASE ou PJJ : PUMa-CMUC	17
3.2.2. Jeunes non protégés : AME	17
3.3. Responsable légal	17
3.3.1. MNA bénéficiant d'une prise en charge par l'ASE ou la PJJ	17
3.3.2. Jeunes non pris en charge par l'ASE ou la PJJ	20
3.4. Autres obstacles identifiés	20
Discussion	22
1. Forces et limites de cette étude	22
2. Discussion des résultats	22
3. Fiche d'information à destination des médecins généralistes	24
Conclusion.....	25
Références bibliographiques	28

Introduction

C. est reçu en consultation à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) suite à la découverte d'une anomalie biologique préoccupante lors d'un passage aux urgences dans une autre ville. Il a 15 ans, présente ses papiers d'identité du Mali. Cependant, sa minorité n'a pas été reconnue par le conseil départemental au terme de l'évaluation sociale ayant pour but de s'assurer de sa minorité et son isolement. Il a effectué un recours auprès de la juge des enfants et attend son audience. Il se situe donc dans une situation juridique et administrative incertaine, majeur selon quelques institutions, mineur pour d'autres, ou encore « ni mineur, ni majeur ». À la PASS, il a pu être reçu car la personne qui l'accompagnait, bien que n'ayant que peu de lien avec lui, a accepté de signer l'autorisation de soins. Concernant la sécurité sociale, ses droits seront finalement ouverts lorsqu'il réussira à obtenir une attestation de domiciliation pour finaliser la demande d'Aide Médicale d'État (AME). La situation se complique lorsqu'il s'agit de programmer une consultation spécialisée. Le service adulte qui avait accepté d'organiser la consultation et de donner une date refuse finalement de le prendre en charge en raison de son âge, refus manifesté après avoir pris connaissance de sa situation administrative. Suite à de nombreux échanges, il est finalement reçu par les pédiatres. La situation aboutit à une impasse lorsqu'il est question d'hospitalisation et de biopsie, car C. n'a pas de représentant légal. D'autre part, les médecins mettent en doute sa minorité et sont réticents à l'hospitalisation en pédiatrie en chambre double.

Les Mineurs Non Accompagnés (MNA) sont des jeunes de moins de 18 ans, non accompagnés d'une personne détenant l'autorité parentale, et originaires d'un pays autre que la France. 14 908 d'entre eux ont été confiés aux départements sur décision judiciaire en 2017 contre 8054 en 2016 (1). Les conseils départementaux sont en charge de l'accueil, la mise à l'abri et l'évaluation des MNA. Lorsqu'un jeune se présente, des entretiens ont lieu afin d'évaluer de sa minorité et son isolement. Les documents d'état civil sont également examinés. Si sa minorité est reconnue, une ordonnance de placement provisoire est prononcée et le jeune est confié à un département.

Les MNA représentent une population habituellement considérée comme vulnérable, et sont susceptibles de nécessiter un accès rapide aux soins. Leurs besoins en soins concernent en premier lieu les soins primaires et la santé mentale, en raison des traumatismes physiques et psychiques les ayant conduit à l'exil, ceux possiblement survenus pendant leur parcours migratoire, de leurs conditions de vie en France et des besoins inhérents à leur statut d'enfant.

Dans quel cadre légal peuvent s'organiser ces soins ? Quel est le parcours administratif habituel des MNA ? Quelles sont les différentes possibilités concernant leur statut juridique et administratif et quelles conditions en découlent pour leur accès aux soins ? Cette revue narrative de la littérature cherche à identifier les possibilités et les obstacles concernant l'accès aux soins primaires des MNA en France à la lumière des dernières lois et recommandations.

Méthodes

Une revue narrative de la littérature a été réalisée pour répondre à la question de recherche. Plusieurs sources d'information ont été consultées pour procéder à une recherche bibliographique la plus large possible. Cette recherche a reposé sur des articles scientifiques, thèses de médecine, textes de loi et rapports des institutions gouvernementales. Les outils de recherche utilisés étaient : le Cairn (Portail internet de publications francophones en sciences humaines et sociales), MEDLINE (moteur de recherche PubMed), CISMef (système de métadonnées médicales en langue française, CHU de Rouen), SUDOC (catalogue du Système Universitaire de Documentation française), Google Scholar, site Légifrance (site officiel du gouvernement français pour la diffusion des textes législatifs et règlementaires).

Les mots clés utilisés étaient :

- en français : mineurs isolés, mineurs non accompagnés, mineurs protégés, accès aux soins, médecine générale, soins primaires, état de santé, consentement aux soins, représentant légal.
- En anglais : unaccompanied minors, unaccompanied refugees, refugees children, child welfare, health care access, health status disparities, general practice, general practitioner, primary health.

Cette recherche s'est également appuyée sur la bibliographie fournie par le site internet infoMIE.net (centre de ressources sur les MNA) particulièrement pour les textes de loi et rapports du Défenseur des droits. Différents documents issus de la littérature grise (documents créés par des associations, rapports établis par des autorités administratives ou gouvernementales et non publiés sous forme d'article) ont été recueillis sur internet.

Les critères d'inclusion étaient :

- articles ou rapports abordant l'accès aux soins des MNA,
- articles ou thèses décrivant l'état de santé et les facteurs de vulnérabilité des MNA,
- articles, rapports ou textes de loi précisant le cadre légal ou règlementaire de ces soins.

Les critères d'exclusion étaient :

- les articles concernant les mineurs protégés sans préciser s'il s'agissait de mineurs étrangers ou de nationalité française,
- les articles ou rapports mettant en évidence des difficultés d'accès aux soins dans un cadre légal inférieur à l'année 2013,
- les articles écrits dans d'autres langues que le français ou l'anglais,
- les articles dont le texte intégral était payant ou non disponible.

Les résultats ont été discutés avec différents experts afin de confronter les données obtenues à leurs expériences : des médecins généralistes recevant régulièrement des MNA en consultation (travaillant dans un centre de santé ou dans une PASS), une juriste employée par un conseil départemental pour l'évaluation socio-juridique de la minorité et de l'isolement.

Résultats

1. Facteurs de vulnérabilité et évaluation des besoins en soins

1.1. Qui sont les mineurs non accompagnés ?

1.1.1. Définitions : des mineurs isolés étrangers aux mineurs non accompagnés

Selon le rapport écrit pour le Ministère de la Justice par la sénatrice I. Debré en 2010 : « Est isolée, une personne âgée de moins de 18 ans qui se trouve en dehors de son pays d'origine sans être accompagnée d'un titulaire ou d'une personne exerçant l'autorité parentale, c'est-à-dire sans quelqu'un pour la protéger et prendre les décisions importantes la concernant » (2).

Depuis la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, la notion de mineur isolé étranger a été remplacée par celle de mineur non accompagné (MNA) dans les textes officiels (3). Celle-ci était déjà utilisée au niveau européen auparavant. En 2011, le Parlement européen établit des normes pour l'accueil des mineurs entrant sur le territoire d'un État membre et donne la définition suivante : « enfant âgé de 0 à 18 ans [...] qui entre sur le territoire des États membres sans être accompagné d'un adulte qui est responsable de lui » (4). Cependant, plusieurs associations continuent à utiliser le terme Mineur Isolé Etranger (MIE). Elles considèrent que les MNA n'incluent pas tous les MIE, l'accompagnement par un adulte n'attestant pas toujours de l'absence d'isolement.

1.1.2. Données chiffrées : de plus en plus de MNA en France

Le nombre de ces mineurs non accompagnés présents sur le territoire n'est pas officiellement établi. D'après un questionnaire flash lancé par l'Assemblée des Départements de France début 2018, le nombre total d'évaluations de minorité et d'isolement en 2017 dépasserait 50 000 (5). Les seuls chiffres disponibles concernent ceux d'entre eux effectivement pris en charge par le dispositif de protection de l'enfance. Il n'existe aucune donnée relative au nombre de jeunes se disant mineurs isolés mais non pris en charge, soit parce qu'ils ont été évalués majeurs, soit parce qu'ils n'ont pas fait de démarches de demande de protection. Selon le dernier rapport annuel de la MMNA¹ du Ministère de la Justice, 14 908 personnes ont été déclarées « mineures non accompagnées » en 2017, contre 2555 en 2013, 5990 en 2015, et 8054 en 2016 (augmentation de 85% de 2016 à 2017) (1).

Il s'agit de garçons dans 95,8 % des cas, majoritairement âgés de 16 ans et plus (28% de jeunes de 15 ans, 45 % de 16 ans, 15% de 17 ans). Les pays les plus représentés

¹ Mission Mineurs Non Accompagnés

sont la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Mali (1). Si la majorité des MNA arrivant en France sont originaires des pays francophones d'Afrique de l'Ouest, depuis 2016 on remarque une progression du nombre de mineurs venant d'Afghanistan, d'Inde et du Bangladesh (6). Notons qu'entre 1999 et 2001, dans une étude réalisée auprès de la moitié des départements français, les filles représentaient 20% de l'effectif, et les jeunes roumains et chinois étaient en tête (7). Ces nationalités sont pratiquement absentes des dernières statistiques, tout en sachant que les mineurs roumains présents en France ne font que rarement l'objet de mesures de protection. Cependant, leur non-isolement ou leur réticence aux mesures de protection ne présument pas de leur vulnérabilité et de leur besoin de protection (6).

1.2. De multiples facteurs de vulnérabilité

Les éléments qui permettent de caractériser les MNA comme un groupe « vulnérable » sont multiples, comme par exemple l'isolement amical et familial, les difficultés de communication liées à la langue, l'absence de droits, la précarité de l'habitat.

Une enquête réalisée directement auprès de 1600 jeunes âgés de 17 à 20 ans pris en charge en protection de l'enfance, dont 29% sont MNA permet de comparer les caractéristiques sociales, éducatives, familiales des MNA avec celles d'autres mineurs protégés. La part d'orphelins d'au moins un parent est importante chez les jeunes placés, mais l'est encore plus parmi les MNA ; près de la moitié a au moins un parent décédé. Seulement 44% des MNA ont eu des contacts (téléphone, internet) avec au moins un de leurs parents au cours du mois dernier. L'isolement amical est également plus important chez les MNA : 15% disent ne pas avoir de « très bon(s) ami(s) ». Sur le plan social, en cas de problème financier, 80% des MNA ne connaissent aucune personne susceptible de les dépanner. 65% des MNA disent avoir connu des périodes où ils ne savaient pas où se loger, et plus de la moitié ont dormi à la rue (6).

La vie dans la rue, dans des squats ou parfois chez des adultes inconnus est un autre facteur de danger (8). Les dispositifs de mise à l'abri sont actuellement saturés ce qui peut conduire à l'allongement du délai avant la phase d'évaluation, retardant cette mise à l'abri et prolongeant la vie à la rue, l'exposition plus forte au risque de prise de toxiques ou encore d'exploitation. Le Défenseur des droits insiste sur les dangers auxquels font face ces jeunes dans son rapport de 2016. Il rappelle qu'ils sont davantage victimes de traite, d'exploitation, ou sollicités pour des actes sexuels tarifés (9). Concernant la santé des MNA, le Comité des droits de l'enfant de l'ONU recommande aux États, de « tenir compte du sort et des éléments de vulnérabilité propres à ces enfants en vue d'y remédier » (10).

1.3. Besoins en soins : soins primaires et soins psychiques prioritaires

Les MNA ont des besoins de soins importants, particulièrement l'accès aux soins primaires (qui comprennent la prévention, les dépistages, etc.), et les soins psychiques.

Ces jeunes sont majoritairement primo-arrivants originaires de zone de forte endémie pour les hépatites, le VIH et la tuberculose (11). S'ajoutent également les risques liés au parcours migratoire et aux possibles traumatismes les ayant conduits à quitter leur pays, les risques liés aux conditions de vie souvent précaires en France, et ceux inhérents à leur statut d'enfant.

Une étude rétrospective réalisée à partir des résultats de bilans médicaux systématiques a été menée en Gironde en 2013 : sur 143 dossiers, les pathologies les plus fréquentes étaient les parasitoses digestives (50%), l'infection tuberculose latente (48%), l'hépatite B (présence de l'anticorps HBc 28%, parmi lesquels 20% d'hépatite chronique), la carence martiale (26%) et les caries dentaires (29%). Sur le plan psychique plus de 40% présentaient des troubles compatibles avec un État de Stress Post-Traumatique. Sur 143 MNA, 25 étaient porteurs d'une pathologie de létalité forte à intermédiaire (12).

Une étude rétrospective réalisée à Angers en 2015 à partir de 170 dossiers de MNA confirme ces résultats. Les taux sont moindres mais restent élevés : présence du virus de l'hépatite B dans 8,77 % des cas, et infection tuberculeuse latente dans 14,9% des cas (13). Les parasitoses digestives et la bilharziose étaient également très présentes (plus de 20 %), ainsi que les troubles psychiques qui représentaient le motif le plus fréquent de consultation spécialisée (psychologue ou psychiatre), avant les soins dentaires.

Le COMEDE² fait part de ses observations à partir des 13 684 personnes migrantes ayant effectué un bilan de santé entre 2007 et 2013. Les maladies graves les plus souvent retrouvées (tous âges confondus) sont : les psychotraumatismes, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'hépatite C, l'asthme, l'infection à VIH, les cancers et la tuberculose. L'analyse par groupes vulnérables montre que les mineurs sont principalement atteints d'hépatite B chronique et de psychotraumatismes (14).

En effet, sur le plan de la santé mentale, les MNA représentent un groupe particulièrement vulnérable (15). Le trouble psychique le plus fréquent est l'État de Stress Post-Traumatique (16). Il est parfois caractérisé de « complexe » quand il se manifeste notamment par des symptômes dissociatifs, des manifestations somatiques, des altérations de la perception de soi, une altération des systèmes de sens. Il fait souvent suite à des

² Le Comité pour la Santé des Exilés (COMEDE) a pour mission d'agir pour la santé des exilés et de défendre leurs droits. Les activités d'accueil, de soin, de soutien s'accomplissent dans le cadre de consultations et de permanences téléphoniques. Le COMEDE mène un travail d'observation sur la santé et les conditions d'accès aux soins des migrants et de développe des activités de formation et de recherche.

situations répétées d'assujettissement (17). Dans son rapport, le Défenseur des droits consacre un paragraphe spécifique aux soins psychiques : « Le Défenseur des droits demande aux conseils départementaux d'intégrer, dans la prise en charge des mineurs non accompagnés, la question des besoins en soins de santé mentale et de garantir que ces soins soient délivrés par des professionnels qualifiés » (9).

Dans son rapport d'activité de 2015, l'ONG Médecins du Monde répertorie les principaux motifs de consultation de 295 MNA reçus pendant l'année en consultation dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation : général ou non spécifié (41%), système digestif (26%), psychologique (13%), problème de peau (12%) et respiratoire (12%) (18).

1.4. Un bilan de santé préconisé dès l'étape d'évaluation

Tous ces résultats semblent être en faveur de la réalisation d'un bilan de santé précoce après l'arrivée, c'est à dire sans attendre la décision judiciaire statuant sur la minorité ou non du jeune, laquelle peut survenir plusieurs mois après l'arrivée. Une circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 recommande d'orienter les MNA « sans délai vers les structures de droit commun les plus adaptées à leur âge supposé (ou déclaré) et à l'urgence de leur situation [...] afin qu'un premier bilan, comprenant un examen médical complet adapté à leur âge, une mise à jour vaccinale et un dépistage de la tuberculose, soit réalisé » (19). Dans son rapport de 2016, « le Défenseur des droits demande aux conseils départementaux de prendre des dispositions pour qu'un bilan de santé soit effectivement systématiquement effectué dès le stade de recueil provisoire et de l'évaluation, afin que puissent être détectées des pathologies graves, urgentes, contagieuses » (9). Par ailleurs, un rapport a été établi en 2018 suite à une mission bipartite de réflexion sur les MNA entre les inspections générales (IGAS, IGA, IGJ³) et l'Assemblée des Départements de France. « La mission recommande de mettre à profit la période d'évaluation pour organiser systématiquement un bilan de santé qui devrait inclure, outre les soins urgents, un examen clinique et un accompagnement éventuel par un professionnel de santé en cas de stress post-traumatique » (5).

Enfin, dans le rapport parlementaire « Mineurs non accompagnés : répondre à l'urgence qui s'installe » de juin 2017, deux sénateurs réaffirment cette nécessité : « À l'issue d'un parcours migratoire souvent périlleux, il peut être urgent de faire passer au jeune migrant un bilan de soins exhaustif ». Ils incitent les Agences Régionales de Santé à « développer des appels à projets expérimentaux destinés à assurer des bilans de santé générale et mentale aux jeunes migrants non accompagnés » (20).

³ Inspection Générale des Affaires Sociales, de l'Administration, et de la Justice.

2. Textes de loi concernant les soins des mineurs

2.1. Internationaux : Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant

La Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant a été ratifiée par 192 États (sur 193 États reconnus par l'ONU). Ce texte de 1989 prévoit dans l'article 24 que « les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services » (21).

Au sujet des enfants victimes de violences, cette même convention recommande aux États d'œuvrer pour leur protection et leur réhabilitation. « Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices [...]. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans les conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant » (article 39).

La Convention se prononce également sur l'accès aux droits sociaux et à la sécurité sociale : « les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale » (article 26).

2.2. Conseil de l'Europe : Charte Sociale Européenne

La Charte Sociale Européenne, établie en 1961 et révisée en 1996 rappelle dans son article 11 que « toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre » (22).

2.3. En France

2.3.1. Code Civil

L'article 375 du Code Civil, modifié par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, nomme la mise en danger de la santé comme première justification de la mise sous protection. « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public » (23).

2.3.2. Code de la Santé Publique

Le Code de la Santé Publique définit les modalités de consentement aux soins. Dans l'article 1112-35 concernant initialement les interventions chirurgicales, les termes sont proches de ce du Code Civil : « Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent » (24).

La question de l'autorisation de soins est au cœur des problématiques d'accès aux soins des MNA. En effet, si le Code Civil recommande « des mesures d'assistance éducative » pour tout mineur dont la santé serait en danger, le délai et la possibilité qu'elles se mettent en œuvre sont parfois incertains. En effet, pendant la période de l'évaluation socio-juridique visant à déterminer la minorité et l'isolement du jeune, celui-ci n'a pas encore de représentant légal. Il est également sans représentant légal s'il est en cours de recours concernant sa minorité, ou même s'il est reconnu mineur et en début de prise en charge par le Conseil Départemental (temps de latence avant de désigner un responsable). Le Code de la Santé Publique donne des éléments au sujet du consentement et de l'autorité parentale. Selon l'article R4127-42 : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible ». Cet article ne précise pas quelles sont les obligations légales des médecins si les parents ou représentants légaux sont injoignables ou inexistantes.

L'article L1111-5 précise que le consentement du représentant légal n'est pas obligatoire si le mineur souhaite rester dans le secret « par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. [...] Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

Outre le secret, le degré d'urgence et la nécessité d'une intervention chirurgicale sont d'autres dérogations. L'interruption volontaire de grossesse et la délivrance de la contraception ont également une législation propre concernant les mineures, permettant d'effectuer ces actes dans le secret et gratuitement (articles L2212-7 et L5134-1).

2.3.3. Circulaires interministérielles⁴

Il persiste donc une zone d'ombre : si les représentants légaux ne sont pas joignables ou inexistant, peut-on appliquer les mêmes dispositions qu'en cas de souhait du mineur de garder le secret ? L'instruction interministérielle adressée notamment aux agences régionales de santé le 8 juin 2018 précise ce point : « Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés. Les infirmiers peuvent également mener de telles actions pour les questions relatives à la santé sexuelle » (25).

3. Modalités d'accès aux soins selon la situation du jeune

3.1. Synthèse du parcours administratif et judiciaire des MNA

3.1.1. Cadre légal

En 2013, un dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés est mis en place par les ministères de la Justice, des Affaires Sociales et de l'Intérieur en collaboration avec l'Assemblée des Départements de France. Il est présenté dans une circulaire du Ministère de la Justice dite « circulaire Taubira » (26). Il vise à harmoniser les pratiques au niveau national et met en place un système de répartition par département. La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance a permis l'inscription de ce dispositif de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (article 48, L221-2-2) et dans le Code Civil (article 49, 375-5) (3). Le dispositif présenté ci-dessous connaît néanmoins de grandes disparités départementales dans son application (5). Les délais de prise en charge sont rarement respectés. Il arrive que la phase d'évaluation dure plusieurs mois (9).

⁴ Les circulaires ou instructions sont des textes qui permettent aux autorités administratives (ministères, préfectures) d'informer leurs services, le plus souvent à l'occasion de la parution d'une loi. Elles donnent des directives pour les conditions d'applications mais ne peuvent rien ajouter. Elles ne sont pas impératives.

3.1.2. Différentes étapes

La phase de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation est financée par l'État pendant cinq jours. Le conseil départemental du lieu dans lequel le jeune se présente ou est repéré l'accueille pendant les cinq jours de l'accueil provisoire d'urgence. Pendant cette période, le service du conseil départemental ou l'association à laquelle cette mission est déléguée évalue la situation du jeune afin d'affirmer sa minorité et son isolement sur le territoire français.

- Si la minorité et l'isolement sont clairement établis dans un délai de cinq jours, le conseil départemental saisit le procureur de la République qui va alors confier le jeune à un département par ordonnance de placement provisoire (OPP). Le parquet saisit la cellule nationale de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) qui va déterminer le département de placement. Le parquet du lieu de placement doit alors saisir le juge des enfants dans un délai de huit jours.
- Si au terme des cinq jours, la minorité et l'isolement ne sont pas clairement établis et l'évaluation doit être poursuivie, le président du conseil départemental peut saisir le procureur afin que le jeune lui soit confié par OPP.
- Si la minorité du jeune n'est pas reconnue, la décision de non-lieu à assistance éducative est prononcée par le juge des enfants qui considère alors le jeune comme majeur ou non en danger. Cette mesure peut faire l'objet d'un recours par le jeune.

La phase administrative dure donc cinq jours. Puis, si le jeune est reconnu comme mineur et isolé ou si l'évaluation n'a pas abouti, arrive la phase judiciaire. L'accueil provisoire d'urgence se poursuit tant que n'intervient pas une décision de justice. Si l'évaluation n'a pas abouti dans un délai supplémentaire de huit jours c'est alors le juge des enfants qui peut être saisi, choisissant soit de renouveler l'OPP, soit de prononcer des mesures d'assistance éducative plus pérennes, soit la mainlevée du placement (27).

La décision de refus de prise en charge ou de fin de prise en charge émanant du président du conseil départemental est une décision administrative contre laquelle des recours administratifs sont possibles. Cependant, le mineur étant incapable juridiquement, l'exercice d'un recours contentieux contre cette décision devant le Tribunal Administratif est en réalité impossible pour eux. Le mineur peut en revanche solliciter une protection judiciaire et saisir le juge des enfants, lequel peut également se saisir d'office.

3.1.3. L'évaluation de la minorité

L'évaluation de la minorité s'appuie sur la combinaison d'un faisceau d'indices : entretiens conduits avec le jeune par des professionnels des conseils départementaux (ou

des associations partenaires) et vérification de l'authenticité des documents d'état civil. Les modalités de l'évaluation sociale sont définies dans un arrêté interministériel. Les six points d'entretien sont l'état civil, la composition familiale, les conditions de vie dans le pays d'origine, le parcours migratoire, les conditions de vie en France, et le projet de la personne. Il s'agit d'évaluer la cohérence des éléments recueillis afin de constituer ce faisceau d'indices (28). Concernant l'authenticité des documents, les services « fraude documentaire » de l'État peuvent être saisis par les départements au sein des préfectures si nécessaire, tandis que le parquet peut saisir la police aux frontières.

Si le doute persiste, une expertise médicale de l'âge sur réquisition du parquet peut être demandée. Les conditions de cette expertise médicale sont précisées en annexe de la circulaire de 2013. L'examen médical ne doit intervenir qu'en cas de doute sur la minorité du jeune, le jeune doit être consentant et informé, l'information doit être délivrée dans une langue qu'il comprend, le doute doit bénéficier au jeune, l'examen a lieu dans une unité médico-judiciaire, sur la base d'un protocole unique et opposable (données cliniques, dentaires, radiologiques), une double lecture est préconisée. L'examen médical est alors l'un des éléments venant à l'appui de la décision.

Concernant les tests radiologiques, il s'agit de la mesure de l'âge osseux, le plus souvent avec la méthode de Greulich et Pyle à partir de radiographies du poignet. Le manque de fiabilité de cette technique est connu, notamment après 15 ans, ce qui a été rappelé par l'Académie de Médecine en 2007 (29). Si la loi précise qu'il s'agit d'un examen de dernier recours (si le doute persiste) et encadré, il est malheureusement pratiqué largement, parfois concomitamment ou même avant l'évaluation. Des situations où le résultat de ce test a été utilisé comme seul argument pour la majorité ont été signalées (9).

3.1.4. La demande d'asile des MNA

Les MNA peuvent également demander l'asile, en s'adressant aux services de la préfecture. Ils doivent alors attester de la présence d'un représentant légal : l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou un administrateur ad hoc désigné par le procureur de la République. En France, très peu de MNA sollicitent l'asile : en 2016, seules 474 demandes ont été déposées par des MNA (6). Médecins du Monde donne plusieurs explications : les MNA sont peu informés de leurs droits de demander l'asile ; les personnes en charge de leur accompagnement connaissent mal cette procédure ; la difficulté de se voir reconnaître comme MNA et de se voir désigner un administrateur ad hoc (27). Enfin, en France il n'est pas nécessaire d'entreprendre une telle démarche pour accéder à la protection de l'ASE. Dans la plupart des autres pays européens, un mineur ne peut être protégé que s'il sollicite l'asile.

3.2. Protection maladie

3.2.1. Mineurs protégés par ASE ou PJJ : PUMa-CMUC

Les MNA pris en charge par l'aide sociale à l'enfance ou protection judiciaire de la jeunesse peuvent bénéficier d'une protection universelle maladie (PUMa, anciennement CMU) et à la couverture médicale universaire complémentaire (CMU-C) en leur nom propre (30). Seules l'ASE et la PJJ sont habilitées à solliciter l'ouverture des droits auprès de la CPAM⁵, les associations ou particuliers ne peuvent intervenir pour cette démarche.

3.2.2. Jeunes non protégés : AME

Les jeunes qui ne sont pas reconnus comme mineurs ou isolés et donc non pris en charge par les dispositifs de l'ASE ou la PJJ ne peuvent pas bénéficier de la PUMa, mais peuvent faire une demande d'Aide Médicale d'État. Ils sont donc assimilés à des étrangers en situation irrégulière. Une circulaire interministérielle de 2011 recommande qu'ils bénéficient toutefois de l'AME sans condition de durée minimale de présence sur le territoire français et sans justificatifs de ressources (30). Là encore, les disparités entre les départements sont importantes : certaines CPAM accèdent aux demandes d'AME sans délai, tandis que d'autres caisses sollicitent la décision du conseil départemental statuant de la minorité ou non et exigent d'attendre le délai de 3 mois si la minorité n'a pas été reconnue, et ce même si le jeune est en cours de recours (9). Par ailleurs, une autre difficulté notable d'accès à l'AME réside dans la preuve à apporter d'une domiciliation administrative, laquelle est parfois difficile à obtenir du fait de leur âge déclaré, même en faisant appel à des organismes domiciliataires (27).

Une des demandes concernant l'amélioration de l'accès aux soins des MNA est l'ouverture d'une PUMa – CMU-C dès la phase d'évaluation (27). Cela se pratique déjà dans certains départements : les structures chargées de l'accueil et de l'évaluation des MNA procèdent à l'ouverture des droits à la PUMa dès la première présentation du jeune (avant l'évaluation). Ainsi, le jeune bénéficie d'une sécurité sociale et d'un accès aux soins pendant un an, quelque soit le résultat de l'évaluation.

3.3. Responsable légal

3.3.1. MNA bénéficiant d'une prise en charge par l'ASE ou la PJJ

L'absence de représentation légale est un facteur de vulnérabilité important pour le MNA. La mise en place d'un mode de représentation légale apparaît donc comme un

⁵ Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

besoin impérieux. Cependant, le placement d'un MNA au titre de l'assistance éducative n'entraîne pas en soi une délégation de l'autorité parentale. Il faut pour cela une décision judiciaire d'ouverture de tutelle ou de délégation de l'autorité parentale, ou d'autres procédures spécifiques comme la désignation temporaire d'un administrateur ad hoc. La délégation d'autorité parentale et la tutelle sont les deux mesures les plus courantes.

Initialement, lorsqu'un jeune fait l'objet d'une OPP, il est placé par le juge auprès d'un tiers ou d'un service habilité (ASE, PJJ). Ces derniers accomplissent tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation (art. 374-4 du Code Civil). Les actes usuels sont définis comme « des actes de la vie quotidienne, sans gravité, qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant [...], ne présentent aucun risque grave apparent pour l'enfant, ou encore, même s'ils revêtent un caractère important, des actes s'inscrivant dans une pratique antérieure non contestée » (31). A l'inverse, sont considérés comme actes non usuels tous les actes importants, inhabituels, graves, ou de manière générale tout acte représentant une rupture avec l'état antérieur (27). Ils relèvent de l'autorité parentale ou peuvent ponctuellement être réalisés après avis du juge des enfants. Ils ne peuvent être décidés par le tiers ou le service habilité en l'absence de tutelle ou de délégation d'autorité parentale.

Voici une brève présentation des modes de représentation légale possibles :

La délégation d'autorité parentale

La délégation de l'exercice de l'autorité parentale permet à une tierce personne ou un organisme habilité, tel que l'ASE, de s'occuper d'un enfant notamment lorsque les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale. Selon le Code Civil (art. 377-2 et 377-3), la délégation de l'autorité parentale intervient « en cas de désintérêt manifeste ou si les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale. Le particulier, l'établissement ou le service départemental de l'aide sociale à l'enfance qui a recueilli l'enfant [...] peut saisir le juge aux fins de se faire déléguer totalement ou partiellement l'exercice de l'autorité parentale ». Selon un arrêt de la Cour d'Appel d'Aix en Provence de 2007, « la mesure de délégation de l'autorité parentale doit être prise en considération de l'intérêt actuel de l'enfant » (32).

Le tiers ou le service auquel l'autorité parentale a été déléguée peut donc réaliser tous les actes usuels et non usuels relatifs à l'entretien, la santé et l'éducation de l'enfant confié. Cette décision est temporaire, et peut prendre fin en cas de circonstances nouvelles. De plus, celui qui sollicite la délégation auprès du juge aux affaires familiales est celui à qui elle doit bénéficier. Il n'est ainsi pas possible pour un tiers de saisir le juge pour qu'une délégation soit prononcée au profit de l'ASE.

a. La tutelle

L'aide sociale à l'enfance sollicite le plus souvent l'ouverture d'une tutelle. L'article 390 du code civil prévoit que « La tutelle s'ouvre lorsque le père et la mère sont tous deux décédés ou se trouvent privés de l'exercice de l'autorité parentale ». Le juge aux affaires familiales est compétent pour prendre la décision d'ouvrir une tutelle pour un mineur. Il peut être saisi par des particuliers, les parents du mineur, le ministère public, l'ASE ou se saisir d'office. Le tuteur représente le mineur de manière continue dans les actes de la vie civile et intervient dans tous les actes où le mineur ne peut exercer seul un droit dont il est titulaire.

De par la situation d'urgence qui les amène à être protégés, le plus souvent les MNA ne bénéficient pas ou alors tardivement de cette mesure qui est longue à mettre en place (33), notamment du fait de la réorientation nationale qui peut mettre plusieurs mois voire un an. Selon les chiffres issus de l'ELAP⁶, en 2013-2014, parmi les MNA âgés de 17 ans seulement 26% avaient un tuteur. L'âge d'arrivée dans le dispositif de protection de l'enfance influe sur la mise en place de cette mesure puisque 37% des MNA placés avant 16 ans avaient un tuteur contre seulement 16% des MIE placés après 16 ans (6).

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) préconise la généralisation du régime de tutelle pour les MNA à l'issue de toute mesure éducative (34).

b. L'administrateur ad hoc

L'administrateur ad hoc (AAH) est une personne désignée pour représenter un mineur et ses intérêts : soit dans le cadre d'une situation de conflits d'intérêts entre le mineur et les titulaires de l'autorité parentale, soit lorsque les tuteurs légaux sont dans l'incapacité de représenter les intérêts de leur enfant, ou encore dans les cas particuliers de la demande d'asile ou du maintien en zone d'attente lors du passage d'une frontière (Article 388-2 du Code Civil). Sa mission se termine lorsqu'une tutelle est prononcée ou à l'issue de la procédure engagée au profit du mineur. Il s'agit d'une représentation légale partielle et temporaire, à la différence de la mesure de tutelle. Le juge des tutelles peut s'autosaisir pour la mettre en place. En effet, le mineur isolé étranger est incapable juridiquement du fait de sa minorité et ne peut saisir lui-même le juge des tutelles. La procédure peut prendre quelques jours à plusieurs mois. Il semblerait que le choix entre la mise en place d'une tutelle ou d'un administrateur ad hoc dépende parfois des habitudes locales (33).

⁶ Etude Longitudinale sur l'accès à l'Autonomie des jeunes Placés

3.3.2. Jeunes non pris en charge par l'ASE ou la PJJ

Suite à la procédure d'évaluation socio-juridique, et parfois après la réalisation de tests osseux de détermination de l'âge, certains jeunes sont exclus des dispositifs de protection de l'enfance car considérés comme majeurs. Selon les chiffres de la direction de la PJJ en 2014, seuls 50% des personnes évaluées sont reconnues comme mineures et isolées (6). Quand elles sont en cours de recours auprès du juge des enfants, elles sont alors considérées comme majeures par les services départementaux de protection de l'enfance mais continuent à être considérées comme mineures lors d'autres démarches de leur vie civile. Elles se trouvent alors dans une situation compliquée car leurs documents d'état civil les présentent souvent comme mineures, ce qui fait obstacle pour les demandes d'hébergement auprès du 115, pour contester certaines décisions les concernant ou pour l'accès aux soins. Le délai d'audience auprès du juge des enfants peut être de plusieurs mois. Comme le souligne Médecins du Monde : « Les jeunes refoulés de la protection de l'enfance rencontrent des difficultés importantes dans la reconnaissance de leurs droits, notamment l'accès aux soins » (27). Les jeunes qui ont été reconnus mineurs et mis sous protection mais qui ont rompu le lien avec l'aide sociale à l'enfance, par exemple en quittant le foyer, sont également dans une situation de vulnérabilité importante.

3.4. Autres obstacles identifiés

Le dispositif national d'évaluation et d'orientation des MNA prévoit une répartition nationale des MNA après l'évaluation. Ce changement de département peut mettre à mal la continuité des soins. Par ailleurs, l'accueil provisoire se limite parfois à un accueil hôtelier. L'absence d'accompagnement quotidien ne permet pas de repérer les situations sanitaires urgentes et laisse les jeunes dans une situation de grande vulnérabilité (9).

Ces jeunes sont souvent démunis sur le plan des connaissances médicales ou de l'organisation des soins. Une étude qualitative réalisée en 2017 auprès de 21 MNA révèle leur faible compréhension du système de soins français, et notamment du rôle du médecin généraliste. Ils devraient pouvoir bénéficier d'un temps d'information sur leurs droits et le fonctionnement du système de soins (35).

Ensuite, il n'est plus à prouver que la barrière de langue constitue une réelle perte de chance pour les patients et induit une inégalité sociale de santé⁷ (36). Lorsque les intervenants n'ont pas la même langue, en l'absence d'interprète, on remarque des investigations diagnostiques incomplètes, une diminution du nombre de symptômes

⁷ Selon l'INPES, les inégalités sociales de santé (ISS) correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux (dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale)

signalés, une augmentation des traitements inutiles, un plus grand recours aux urgences, etc. Comme le rappelle le Défenseur des droits, il est regrettable que l'interprétariat fasse parfois défaut au cours du parcours administratif ou sanitaire des MNA (9). L'instruction interministérielle de 2018 relative au parcours de soins des migrants place l'accès à l'interprétariat comme l'un des objectifs principaux (25).

D'autre part, une étude sociologique sur l'accès aux soins des mineurs pris en charge au titre de la protection de l'enfance (étrangers ou non) a été réalisée en 2016. Des professionnels de l'ASE et de la PJJ ont été interrogés. La première cause évoquée pour expliquer les difficultés d'accès aux soins était la réticence des soignants (37). Les patients précaires se voyant refuser les soins au titre de leur statut social ou de leur type de couverture maladie sont nombreux (38). Au sein même de la consultation, les patients défavorisés bénéficieraient de moins d'informations et de moins de soutien émotionnel, comme le montrent deux revues systématiques de la littérature qui ont étudié l'influence du statut socio-économique et de l'origine ethnique sur la communication entre le médecin et le patient (39)(40). Les médecins seraient plus directifs, chercheraient moins à construire un partenariat et inciteraient moins les patients à s'exprimer.

Enfin, la médecine générale est concernée par ces inégalités sociales de santé au niveau l'organisation du système de soins. Les médecins généralistes qui exercent dans les zones défavorisées sont moins nombreux, ont des consultations le plus souvent surchargées, et disposent de moins de ressources humaines et techniques (38). Il est parfois difficile de trouver un médecin qui accepte les nouveaux patients : c'est encore plus difficile pour les personnes précaires ou étrangères.

Discussion

1. Forces et limites de cette étude

Forces

Il s'agit d'un sujet original puisque la revue de la littérature n'a pas trouvé d'article qui faisait état spécifiquement des conditions d'accès aux soins des MNA. Les recherches médicales dans ce domaine sont des études épidémiologiques s'intéressant à l'état de santé des MNA ou aux inégalités sociales de santé en général. Les textes de loi et circulaires gouvernementales se sont succédées ces dernières années et il paraissait intéressant d'en faire une synthèse afin de clarifier dans quelles dispositions peut s'effectuer l'accueil de ces jeunes en soins primaires.

La discussion avec les experts a approfondi la réflexion sur les résultats. Cela a permis d'appréhender plus précisément l'application des lois en pratique, les différences de points de vue sur l'interprétation de ces textes, et les freins les plus gênants pour l'accès aux soins en pratique courante.

Limites

Les limites sont tout d'abord celles qui sont liées à la méthode : par définition, la revue narrative n'est pas exhaustive. Ensuite, une proportion non négligeable des données analysées provient de la littérature grise. Par ailleurs, cette étude s'appuie sur des données actuelles qui sont susceptibles d'être modifiées selon le contexte politique, comme par exemple le projet de transfert de compétences pour les MNA des départements vers l'État. La validité externe de cette étude est donc limitée dans le temps. Enfin, l'auteure n'ayant aucune formation spécifique concernant le droit, quelques imprécisions peuvent apparaître dans l'interprétation de documents juridiques. La relecture par une juriste a permis de limiter ce biais.

2. Discussion des résultats

Les conséquences d'une minorité mise en doute

Sauf dans les cas particuliers des examens médicaux sur réquisition pour la détermination de l'âge, il n'est en aucun cas de la fonction du médecin de se prononcer sur la minorité ou non d'un jeune. Cependant, on remarque que les situations d'entre-deux « ni mineur, ni majeur » entraînent parfois une confusion des rôles. Il est regrettable que certains professionnels de santé présument de l'âge d'un jeune, allant jusqu'à refuser les

soins comme dans le cas présenté en introduction. On peut supposer qu'en tant que « professionnels du corps », certains médecins ressentent un malaise face à une incertitude autour de l'âge d'un patient.

Pour le jeune, la situation peut également être troublante : ils arrivent dans un pays nouveau, dans une situation de perte de repères et parfois de grande solitude, souvent en plein processus d'adolescence, et voient leur identité se brouiller et devenir un l'objet d'un conflit avec les administrations.

Des médecins réticents ?

Dans l'enquête interrogeant des professionnels de l'ASE et de la PJJ sur les difficultés d'accès aux soins des mineurs protégés, la réticence des soignants arrive en tête (37). Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces réserves dans le cas particulier des MNA. Tout d'abord, le cadre juridique concernant les soins des mineurs en général est complexe, et peut laisser craindre des procédures d'ordre médico-légales. Ensuite, le parcours administratif des MNA est peu connu, et comporte de nouvelles modalités selon les étapes, sans compter que le cadre légal a été modifié plusieurs fois au cours des six dernières années. La difficulté sociale dans laquelle se trouvent ces jeunes peut faire redouter aux médecins des consultations longues et une demande d'aide sur le plan administratif qu'ils craignent de ne pouvoir assurer.

D'autre part, les refus de prise en charge de patients précaires par certains professionnels de santé révèlent les discriminations qui existent dans les soins et renforcent les inégalités sociales de santé. Une interaction respectueuse exige du professionnel qu'il mette de côté ses représentations sur la culture de l'autre et qu'il sache rester dans son rôle (41). Les inégalités sociales de santé résultent en grande partie des trajectoires de vie, mais les soins peuvent également les influencer. H. Falcoff, professeur de médecine générale, cite différentes actions « spécifiques et réalisables » : considérer le temps de manière équitable et non égalitaire (l'objectif est qu'à pathologie égale, le résultat de santé diffère le moins possible entre les patients), travailler en réseau et bien connaître ses partenaires, diffuser des documents d'information adaptés aux patients, s'appuyer sur les logiciels médicaux pour améliorer les protocoles de prévention et de suivi, etc (38). Il cite les structures collectives comme des cadres privilégiés pour agir.

Quel est le bon moment pour un « bilan de santé » ?

Il convient d'apporter quelques réserves à la recommandation d'un bilan de santé dès l'étape d'évaluation. S'il paraît indispensable que celui-ci soit réalisable, l'objectif n'est pas forcément qu'il soit réalisé le plus tôt possible, sans tenir compte de l'état

psychique ni de la situation du jeune. En effet, le terme « bilan de santé » a une connotation positive mais la conséquence de celui-ci est parfois l'annonce d'une maladie chronique. Dans la plupart des cas, le début du traitement n'est pas urgent : il est alors peut-être plus opportun de faire le diagnostic et l'annonce dans un moment où le jeune a davantage de repères, ce qui favoriserait l'acceptation de la maladie et l'observance du traitement. Cependant, ici encore les conditions de vie (logement précaire et promiscuité avec d'autres jeunes, situations d'exploitation, etc.) sont à prendre en compte, les risques de transmission de certaines pathologies pouvant être augmentés. Il s'agit donc de tendre vers l'individualisation de l'accompagnement médical de chaque jeune, dans une démarche de soins globale qui tient compte de la dimension collective de la santé.

3. Fiche d'information à destination des médecins généralistes

Cette fiche a été élaborée dans l'hypothèse qu'une meilleure compréhension du cadre légal des MNA permettrait aux médecins généralistes de les accueillir plus facilement. Elle sera soumise au service juridique du Conseil de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne dans l'espoir de la diffuser via leur site internet ou la newsletter. Un document plus long est en cours de réalisation par l'ARS.



Accueillir un mineur non accompagné en consultation

Un mineur non accompagné (MNA) est un « enfant âgé de 0 à 18 ans qui entre sur le territoire des États membres sans être accompagné d'un adulte qui est responsable de lui »
 Directive 2011/95/UE du Parlement européen, 13 décembre 2011

Parcours administratif des MNA

Selon la circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers :
 dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation

1. Le jeune se présente au dispositif d'accueil du conseil départemental (ou association déléguée)

Phase de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation – 5 jours *

Entretiens d'évaluation et vérification des documents d'état civil

→ Constitution d'un faisceau d'indices attestant ou non de la minorité ou de l'isolement

Si le doute persiste : examen médical sur réquisition du parquet (UMJ, examen clinique et radiographies)

2. Le conseil départemental rend sa décision et saisit le parquet

Phase judiciaire

Reconnu mineur et isolé

OPP du parquet
 MNA confié à un département (ASE)
 Répartition nationale
 Le parquet du département d'accueil saisit le juge des enfants sous 8 jours
 OPP ou mesure d'assistance éducative par le juge des enfants

Non reconnu mineur et isolé

Classement sans suite
 Fin de la prise en charge
 Recours possible auprès du juge des enfants

Pas de décision

OPP du parquet pour poursuite de l'évaluation (8 jours supplémentaires)

* Les durées inscrites correspondent aux délais légaux, pas toujours respectées en pratique.

Un bilan de santé recommandé dès l'étape d'évaluation : dans quelles conditions ?

Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 : « orientation sans délai vers les structures de droit commun les plus adaptées à leur âge supposé (ou déclaré) et à l'urgence de leur situation [...] afin qu'un premier bilan soit réalisé »

Quelques chiffres...

Environ la moitié des jeunes évalués sont reconnus mineurs et isolés (PJJ, 2014)

14 908 MNA ont été confiés aux départements sur décision judiciaire en 2017, contre 8054 en 2016 (Rapport MMNA, Ministère de la Justice, mars 2018)

> 95% garçons, > 50% plus de 16 ans

Protection maladie

MNA pris en charge par ASE / PJJ

PUMa et CMU-C

Attention : seules l'ASE et la PJJ sont habilitées à solliciter l'ouverture des droits auprès de la CPAM

Jeune non reconnu comme mineur ou isolé

~~PUMa + CMU-C~~

Demande d'AME possible

Circulaire interministerielle de 2011 : éligibles à l'AME sans condition de durée minimale de présence en France et sans justificatifs de ressources

Disparités départementales : certaines CPAM demandent la décision du conseil départemental et exigent les 3 mois de présence en France si le jeune n'a pas été reconnu mineur. Dans d'autres départements mise en place de PUMa et CMU-C dès d'évaluation.

Situation complexe des jeunes en cours de recours auprès du juge des enfants : les "ni, ni"

Considérés majeurs par les services départementaux de protection de l'enfance (non reconnus mineurs ou isolés après l'évaluation) mais considérés mineurs selon leurs documents d'état civil et donc dans certaines démarches.

→ Difficultés pour l'hébergement (pas d'accès au 115), l'accès à certains soins...

Responsable légal

Désigner un représentant légal : décision judiciaire spécifique.

Avant la décision, si le jeune fait l'objet d'une OPP, il est placé auprès d'un tiers ou service habilité (ASE, PJJ). L'ASE / la PJJ / le tiers accomplit les **actes usuels** (actes de la vie quotidienne, sans gravité, qui n'engagent pas l'avenir). **Les actes non usuels** (inhabituels, graves, ou représentant une rupture avec l'état antérieur) relèvent de l'autorité parentale. Ils ne peuvent être décidés par le tiers ou le service habilité en l'absence de tutelle ou de délégation d'autorité parentale. Ils peuvent ponctuellement être réalisés après avis du juge des enfants. (Code Civil, article 374)

Différents modes de représentation légale :

Délégation de l'autorité parentale : permet d'effectuer les actes usuels et non usuels. Celui qui sollicite la délégation auprès du juge aux affaires familiales est celui à qui elle doit bénéficier.

Tutelle : représentation dans les actes de la vie civile et dans tous les actes où le mineur ne peut exercer seul un droit dont il est titulaire. Le juge aux affaires familiales peut être saisi par des particuliers, le ministère public, l'ASE ou se saisir d'office.

Administrateur ad'hoc : représentation légale partielle et temporaire, sa mission se termine si une tutelle est prononcée. (Code Civil, articles 377 et 388)

Cadre légal des soins en France

Absence de représentation légale : selon l'article R4127-42 du Code de Santé Publique, le médecin appelé à donner des soins doit « s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement ». Il peut se passer de leur consentement en cas d'urgence, les dispositions à prendre si les parents sont non joignables ou inexistantes ne sont pas précisées.

Mineur dans le secret : S'il le souhaite, un mineur peut rester dans le secret. Dans ce cas, et s'il s'agit d'un acte médical qui s'impose pour « sauvegarder sa santé », le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas obligatoire. (L 1111-5)

Dans le cas des MNA : l'instruction interministérielle adressée aux agences régionales de santé le 8 juin 2018 précise l'interprétation des textes : « Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. **En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L.1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés ».**

Cas particulier PUMa + CMU-C : « Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, **son seul consentement est requis** » (CSP, L1111-5)

Dans tous les cas : « le mineur doit prendre part aux décisions concernant sa santé. Il doit **consentir aux actes et traitements médicaux** dispensés après avoir reçu les informations et préconisations nécessaires selon son degré de compréhension et de maturité » (CSP, L1111-4)

Quid du signalement ? Concernant les MNA, un signalement s'impose si un médecin reçoit un mineur paraissant isolé et non encore repéré par les services du conseil départemental (exceptionnel).

Conclusion

Les mineurs non accompagnés, de plus en plus nombreux sur le territoire français, nécessitent des soins. Le Défenseur des droits, ainsi que des associations comme l'ONG Médecins du Monde ou encore plusieurs sénateurs appellent à l'amélioration de leur accès au système de santé et particulièrement aux soins primaires. Leur minorité et leur isolement les placent dans une situation administrative et juridique complexe. De nombreux textes de lois et rapports institutionnels ou gouvernementaux se sont succédés pendant les six dernières années, donnant un cadre relativement précis pour l'exercice de ces soins. En particulier, l'instruction interministérielle du 8 juin 2018 à destination des ARS précise que même en l'absence de représentation légale, « les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés ».

Cependant plusieurs freins persistent, en particulier l'accès à la sécurité sociale et le délai avant la désignation d'un représentant légal. En arrière plan, les discriminations liées à leur statut d'étrangers précaires et le cloisonnement des milieux sanitaires et socio-éducatifs sont des obstacles qui paraissent parfois tenaces. De plus, leur parcours administratif et le cadre légal des soins des mineurs sont tous deux mal connus des médecins, qui semblent parfois réticents à l'accompagnement des MNA.

En Haute-Garonne, les MNA consulteraient surtout dans des structures dédiées ou ayant acquis une compétence dans l'accueil médical des personnes migrantes (PASS, Case de Santé, CCAS). Certaines structures spécifiques aux jeunes existent comme les accueils santé jeunes qui s'adressent aux personnes de 12 à 25 ans, notamment IMAJE Santé à Marseille qui affiche une approche transculturelle intéressante. En Haute-Garonne, l'évaluation de l'état de santé des mineurs étrangers et leurs motifs de recours aux urgences fait actuellement l'objet d'une thèse de pédiatrie. L'ouverture d'une structure qui leur serait dédiée a déjà été évoquée. Cependant, la mise en place d'un tel dispositif se réfléchit afin d'éviter certains écueils. Rendre spécifique leur parcours de soins conduit à différencier, à catégoriser, et pourrait nuire à leur inclusion voire faire obstacle à la poursuite des soins.

L'accès aux dispositifs de santé de droit commun reste une priorité pour les MNA. Ils sont de plus en plus nombreux et les cabinets de médecine générale vont être concernés, comme ils le sont déjà dans d'autres départements. En consultation, l'intrication fréquente de problématiques médicales, psychiques et sociales, requière une prise en charge globale qui relève de la médecine générale.

Références bibliographiques

1. Ministère de la Justice. Rapport annuel d'activité 2017 - Mission Mineurs Non Accompagnés [Internet]. France; 2018 mars [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2017.pdf
2. Debré I. Les mineurs étrangers isolés en France [Internet]. 2010 Mai [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000220.pdf>
3. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016
4. Parlement européen. Directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale. J Off Union Eur.20 déc 2011;L337(9)
5. IGAS, IGA, IGJ, ADF. Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés [Internet]. 2018 Mai [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000336/index.shtml>
6. Frechon I, Marquet L. Unaccompanied Minors in France and Inequalities in Care Provision under the Child Protection System. Soc Work Soc. 2017;15(2):5-22
7. Etiemble A. Les mineurs isolés étrangers en France. Evaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide Sociale à l'Enfance. Migrations études. Oct 2002;109
8. Boidé M, Ciais M, Corbel FX, Clève AL, Malhou A, Martini J-F. Pour une application du droit commun dans la prise en charge des mineurs isolés étrangers en quête d'asile et de protection. Migr Soc. 2010;N° 129-130(3):257-74
9. Défenseur des Droits. Les droits fondamentaux des étrangers en France [Internet]. 2016 Mai [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170_ddd_rapport_droits_etrangers.pdf
10. ONU, Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 6 - Traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine. [Internet]. 2005 sept [cité 14 janv 2019]. Report CRG/GC/2005/6. Disponible sur: https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/CRC_Observation_Generale_6_2005_fr.pdf
11. Corty J-F, Derosier C, Douay C. Mineurs isolés : état de santé. J Droit Jeunes. 10 déc 2014;N° 338-339(8):92-4
12. Baudino P. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en gironde entre 2011 et 2013 [Thèse d'exercice : Médecine générale]. Université de Bordeaux; 2015
13. Peaud C, de Gentile L, Cateland L, Foucault N, Chabasse D, Pichard E, et al. Évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers. Médecine Mal Infect. 1 juin 2017;47(4):90-5

14. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement - édition 2015. [Internet]. Comede. 2015 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf
15. Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents. *J Adolesc Health*. mars 2009;44(3):291-7
16. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. mai 2014;23(5):337-46
17. Radjack R, De Coignac AB, Sturm G, Baubet T, Moro MR. Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers?: Une approche transculturelle. *Adolescence*. 2012;80(2):421
18. Médecins du Monde. Programme Mineurs Isolés Etrangers - Paris - Rapport d'activité 2015 [Internet]. 2015 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: http://www.infomie.net/IMG/pdf/rapport_d_activite_2015_programme_mie_paris.pdf
19. Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'état auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels [Internet]. JUSF1602101C janv 25, 2016. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/publication/mna/circ_intermin20160125.pdf
20. Doineau E, Godefroy J-P. Mineurs non-accompagnés : répondre à l'urgence qui s'installe [Internet]. France; 2017 juin [cité 14 janv 2019]. Report No.: 598. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-598/r16-598.html>
21. Organisation des Nations Unies. Convention relative aux droits de l'enfant. Nations-Unies Recl Trait. 1989;1577
22. Conseil de l'Europe. Charte sociale européenne (révisée). Strasbourg, 1996
23. Code civil 2019. 118^e éd. Paris: Dalloz; 2018
24. Code de la santé publique 2018. 32^e éd. Dalloz; 2018
25. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants [Internet]. NOR juin 8, 2018. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf
26. Ministère de la Justice. Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation [Internet]. NOR. Sect. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice. Mai 2013. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSF1314192C.pdf
27. Médecins du Monde. L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France [Internet]. 2017 oct [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.gisti.org/IMG/pdf/guide_mna-mdm-partenaires.pdf

28. Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. JORF 0269 [Internet]. 19 nov 2016 [cité 28 janv 2019]; NOR : JUSF1629271A. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/11/17/JUSF1628271A/jo/texte>
29. Académie nationale de médecine. Sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés. Bull Acad Natle Méd. 2007;191(1):139-42
30. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. CIRCULAIRE N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'Etat. [Internet]. JUSF1602101C. Sept 2011. Disponible sur:
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33805.pdf
31. Assistance éducative - CA Aix en Provence 28 octobre 2011. J Droit Jeunes. 2012;N° 314(4):50-6
32. Civil et familial - CA Aix en Provence 11 mai 2007. J Droit Jeunes. 2008;271(1):57
33. Helfter C. La prise en charge des mineurs isolés étrangers par l'Aide sociale à l'enfance. Inf Soc. 11 oct 2010;n° 160(4):124-32
34. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Avis sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national. [Internet]. France, Juin 2014 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur:
https://www.cncdh.fr/sites/default/files/14.06.26_avis_situation_des_mie.pdf
35. Guégan M, Rivollier E. Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative. Santé Publique. 2017;Vol. 29(6):861-7
36. Chaaban S, Maincion-Jacques V, Gaudillière B. « Rendre la parole pour mieux soigner » : évaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse. [Thèse d'exercice : Médecine générale]. Université Paul Sabatier, Toulouse 3;2017
37. 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. Rapp Final Au Déf Droits Fonds Financ Prot Complément Couv Univers Risque Mal. 2016.
38. Falcoff Hector, Lang Thierry. Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ? ADSP. déc 2010;(73):41-3
39. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. Patient Educ Couns. déc 2006;64(1-3):21-34
40. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? Patient Educ Couns. févr 2005;56(2):139-46
41. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins. nov 2014;59(790):14-8