



MINEURS NON ACCOMPAGNÉS : LES LOURDES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES POLITIQUES DE NON-ACCUEIL EN FRANCE

Issu du rapport alternatif de Médecins Sans Frontières et de Médecins du Monde, présenté au Comité des droits de l'enfant des Nations unies dans le cadre de l'examen de l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant par la France lors de la 93^{ème} session.



Sommaire

INTRODUCTION.....	4
UN ÉTAT DE SANTE SOMATIQUE DÉGRADÉ.....	8
DES SOUFFRANCES PSYCHIQUES GRAVES.....	9
DE MULTIPLES CAUSES ET FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ.....	11
UN ACCÈS AUX SOINS DIFFICILE.....	16
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	24
SIGLES.....	26
ANNEXE	27
LES ASSOCIATIONS CONTRIBUTRICES	28



Des jeunes en attente d'une mise à l'abri, Ivry-sur-Seine, décembre 2022, © Mohammad Ghannam/MSF

INTRODUCTION

En France, les mineurs non accompagnés (ci-après MNA) relèvent de la protection de l'enfance, et donc de la compétence des conseils départementaux, comme tout enfant en danger sur le territoire. Dans les faits, ces enfants font l'objet de procédures spécifiques et de plus en plus dissuasives, qui conditionnent leur accès à une protection.

Une fois arrivés sur le territoire, ces enfants ne bénéficient pas systématiquement de l'accueil provisoire d'urgence, en dépit de l'obligation de mettre à l'abri toute personne se présentant comme MNA¹. Il faut alors régulièrement saisir les juridictions administratives pour faire respecter ce droit². De plus, les modalités de l'accueil provisoire d'urgence, lorsqu'il est mis en œuvre, diffèrent selon les départements³.

Ce temps de premier accueil, qui doit être réalisé dans des conditions dignes et sécurisantes, doit

également permettre de garantir un temps de répit aux jeunes se présentant comme MNA.

La nécessité de ce temps de répit, préalable à l'évaluation de la minorité et de l'isolement, a d'ailleurs été consacrée dans la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants⁴. Cependant, les modalités ainsi que la durée de ce temps de répit doivent être définies par décret, non encore publié lors de la rédaction de ce rapport.

Aujourd'hui, la durée du temps de répit accordé aux enfants dans le cadre de l'accueil provisoire d'urgence est variable selon les départements. Dans la grande majorité des cas, elle est d'un seul et unique jour, même s'il arrive parfois que des enfants en bénéficient pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Cela entraîne une forte inégalité de traitement entre les enfants.

1. Article R221-11 du Code de l'action sociale et des familles.

2. Cette pratique a été sanctionnée à de multiples reprises par les juridictions administratives avec une jurisprudence constante du Conseil d'État en la matière, laquelle affirme que ce défaut de prise en charge constitue une carence caractérisée dans l'accomplissement de sa mission d'accueil par le département, qui porte une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale (ordonnances du Conseil d'État du 25 août 2017 no 413549 et du 25 janvier 2019 no 427169).

3. Le rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs isolés étrangers, publié le 15 février 2018, faisait déjà état « d'une crise profonde du dispositif de premier accueil des MNA » et relevait « une saturation chronique des capacités de mises à l'abri » ainsi « qu'une mise à l'abri parfois non effective » [IGAS, IGA, IGJ, Assemblée des départements de France, Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés, https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-177-Rapport_MNA.pdf].

4. Article 40 de la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.

Pourtant, ce temps doit permettre au jeune de se reposer, d'être mis en confiance, d'être informé sur les droits et les dispositifs de protection existants⁵. Il doit également permettre aux départements de porter une attention suffisante à l'état de santé du jeune. Ainsi, selon l'arrêté du 27 juin 2019, une première évaluation des besoins en santé doit être réalisée lors de l'accueil provisoire d'urgence. C'est d'ailleurs l'un des critères de la participation forfaitaire de l'État aux dépenses engagées par les conseils départementaux au titre de l'accueil provisoire d'urgence. Le Haut Conseil de la santé publique (HSCP) recommande, dans un avis du 7 novembre 2019, repris en partie dans une note interministérielle diffusée le 8 novembre 2022⁶, d'organiser ce bilan de santé en deux étapes distinctes : un premier entretien d'orientation en santé dans les 48 heures suivant la mise à l'abri, puis, au moins trois jours après, un rendez-vous médical. Afin de garantir une prise en charge effective des soins et la continuité du parcours de soins, le HSCP recommande l'ouverture précoce des droits à une protection maladie universelle complète.

Ainsi, ce temps de répit doit être suffisamment long pour permettre aux MNA de bénéficier d'un bilan de santé complet et d'initier, si nécessaire, une prise en charge médico-psychologique.



Un jeune MNA dans le foyer de MSF à Marseille, novembre 2022, © Mohammad Ghannam/MSF

Au cours de ce premier accueil, **les MNA font également l'objet d'une évaluation de leur situation par le conseil départemental, qui dispose de plusieurs moyens pour y procéder :**

La loi prévoit que « *le président du conseil départemental du lieu où se trouve une personne se déclarant mineure et privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille procède aux investigations nécessaires en vue d'évaluer la situation de cette personne au regard notamment de ses déclarations sur son identité, son âge, sa famille d'origine, sa nationalité et son état d'isolement* » (article R221-11 Code de l'action sociale et des familles).



Cette évaluation repose sur :

- Un ou plusieurs entretiens d'évaluation dite « sociale » menés par une équipe pluridisciplinaire formée et dans une langue comprise par l'intéressé. L'équipe doit fonder son jugement à la fois sur ce que déclare le jeune, sur les documents d'état civil dont il dispose et sur des éléments physiologiques et psychologiques. Les évaluateurs procèdent ainsi aux investigations nécessaires pour apprécier la situation de l'intéressé au regard notamment de ses déclarations sur son identité, son âge, sa famille d'origine, sa nationalité et son état d'isolement.
- L'arrêté du 20 novembre 2019 intègre le recours au fichage biométrique des MNA, fichier dit « d'appui à l'évaluation de la minorité » (AEM), et la consultation des fichiers Visabio et AGDREF2 dans le faisceau d'indices de minorité.
- Il rend également possible pour le département de saisir l'autorité judiciaire, dans les conditions de l'article 388 du Code civil, en vue de demander une expertise médicale d'âge osseux, procédé pourtant largement condamné en raison de son absence de fiabilité⁷.

5. Guide des bonnes pratiques en matière d'évaluation de la minorité et de l'isolement des personnes se déclarant comme mineures privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille, décembre 2019.

6. Arrêté du 28 juin 2019 pris en application de l'article R221-12 du Code de l'action sociale et des familles et relatif à la participation forfaitaire de l'État à la phase de mise à l'abri et d'évaluation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille.

7. Médecins du Monde, "https://www.infomie.net/IMG/pdf/argumentaire_medecins_du_monde_determination_medicale_de_l_age_30_11_dif.pdf" Note technique – Argumentaire relatif à l'interdiction des méthodes médicales aux fins de détermination de l'âge des mineurs non accompagnés, publié sur le site d'InfoMIE, août 2017 ; InfoMIE, "https://www.infomie.net/IMG/pdf/infomie_note_emaovf.pdf" Note d'observations - Les examens radiologiques d'âge osseux et l'évaluation de la minorité, janvier 2019.

Cette évaluation, centrée uniquement sur l'établissement de la minorité ou de l'isolement, est problématique puisqu'elle ne prend pas en compte le danger auquel est exposé le jeune qui se déclare mineur et isolé et/ou sa vulnérabilité. L'évaluation est menée de façon très hétérogène selon les départements⁸ : malgré la présentation de documents d'identité attestant de leur âge, l'évaluation de leur situation se fait dans un climat de suspicion et leur minorité est quasi systématiquement remise en cause. L'intérêt supérieur de l'enfant n'est donc pas suffisamment pris en considération en tant que principe directeur du processus d'évaluation.

À l'issue de ce processus, si la minorité et/ou l'isolement de l'enfant ne sont pas reconnus, le président du conseil départemental prend une décision de

refus d'admission à l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Afin de contester cette décision et de solliciter une protection, il est possible de saisir le juge des enfants, l'autorité judiciaire chargée de la protection des mineurs en danger. Toutefois, cette saisine n'étant pas suspensive, la mise à l'abri déployée dans le cadre de l'accueil provisoire d'urgence prend fin. Les enfants se retrouvent alors dans une situation de grande précarité, sans protection, sans hébergement, sans aide financière et sans accompagnement socio-juridique. **Les MNA ne bénéficient pas d'un droit au recours effectif et d'une prise en charge en tant que mineurs tout au long de la procédure, en contradiction avec plusieurs décisions du Comité des droits de l'enfant de l'Organisation des Nations unies, garant du respect de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)⁹.**

Dans des constatations rendues publiques le 6 février 2023, le Comité des droits de l'enfant de l'ONU a sanctionné la France pour l'absence de protection d'un MNA qui se trouvait à la rue, sans hébergement, sans aucune prise en charge ni aucun moyen de subsistance. Le Comité a conclu à la violation de plusieurs des droits garantis par la CIDE et a rappelé que « tant que la procédure de détermination de l'âge est en cours, l'intéressé doit avoir le bénéfice du doute et être traité comme un enfant » (§8.3). Il ajoute aussi que, « dans le contexte de l'évaluation de l'intérêt supérieur et dans le cadre des procédures de détermination de l'intérêt supérieur, le droit de faire appel de la décision devant une juridiction supérieure ou une autorité indépendante, avec effet suspensif doit être garanti aux enfants » (§8.7).



Le juge des enfants n'étant tenu par aucun délai pour examiner la requête et rendre une décision, cette absence de recours effectif expose pendant de longs mois les mineurs à l'errance, à la vie à la rue, à des traitements inhumains et dégradants, aux risques de violences, aux réseaux d'exploitation et de traite¹⁰. Leur capacité à saisir le juge des enfants mais aussi à accéder à un hébergement, à l'éducation et aux soins dépend alors uniquement des associations et des réseaux de citoyens solidaires.

S'il est impossible, en l'absence de statistiques¹¹, d'obtenir un chiffre national quant au nombre de refus de prise en charge émis par les départements,

nos associations constatent qu'ils sont élevés dans les territoires où elles interviennent. Par exemple, dans le département de Paris, en 2021, seuls 34 % des 7 500 personnes qui se sont présentées au dispositif d'évaluation de la minorité et de l'isolement ont été reconnues comme MNA, soit 2 550 personnes¹². Dans les Bouches-du-Rhône, en 2021, sur les 670 personnes qui se sont présentées au dispositif départemental d'évaluation, 297 ont été reconnues comme MNA, soit 44 %¹³. Le nombre de jeunes qui se voient refuser une prise en charge à l'issue de l'évaluation départementale et qui sont remis à la rue est donc important.

8. Dans son récent rapport, la Cour des comptes dresse un panorama critique des conditions d'accueil, d'évaluation de la minorité et de prise en charge des mineurs isolés : Cour des comptes, référé S2020-1510 - La prise en charge des jeunes se déclarant mineurs non accompagnés (MNA).

9. Le Comité des droits de l'enfant a rappelé, dans plusieurs décisions relatives au traitement par les autorités espagnoles des mineurs étrangers non accompagnés, que « le processus de détermination de minorité revêt une importance fondamentale, [...] raison pour laquelle il est impératif qu'il y ait la possibilité de contester le résultat par le biais d'une procédure judiciaire et que pendant que ce processus est en cours, la personne doit bénéficier du doute et être considérée comme mineure et donc être traitée comme un enfant » [Décisions CRC/C/81/D/16/2017 ; CRC/C/82/D/27/2017 ; CRC/C/82/D/27/2017].

10. Défenseur des droits, rapport annuel d'activité 2019, juin 2020, p.39.

11. Dans son rapport récent, la Cour des comptes souligne « une absence de statistique et de connaissance des jeunes concernés » et précise que « la construction d'un outil statistique national constitue donc une priorité, de même que le développement des études en vue d'une meilleure compréhension de ce public » : Cour des comptes, référé S2020-1510 - La prise en charge des jeunes se déclarant mineurs non accompagnés (MNA). Dans son rapport d'activité pour l'année 2021, la mission MNA du ministère de la Justice fournit des données quant au nombre de MNA ayant bénéficié d'une mesure de protection en France sans toutefois évaluer le nombre de personnes se déclarant mineures et isolées qui n'ont pas pu accéder à cette protection à l'issue d'une évaluation départementale défavorable ou d'une décision négative du juge - Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, rapport annuel d'activité 2021, Mission mineurs non accompagnés.

12. Données transmises à Médecins Sans Frontières en juin 2022. Aucun rapport public n'a été édité par le département de Paris ni l'opérateur chargé de l'évaluation et de la mise à l'abri des mineurs non accompagnés.

13. Bilan 2021, Mineurs non accompagnés, groupe Addap 13 (Association départementale pour le développement des actions de prévention des Bouches-du-Rhône).

Malgré plusieurs décisions de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)¹⁴, prises à titre provisoire pour protéger les enfants non reconnus mineurs dans l'attente d'une décision de justice, malgré aussi les recommandations et décisions du Comité des droits de l'enfant quant à la nécessité de garantir aux jeunes un recours effectif au titre de la présomption de minorité¹⁵, les remises à la rue se poursuivent. L'absence de protection et la précarité dans laquelle ils sont plongés sont contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant¹⁶ et au droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé. Or il n'est pas rare que, postérieurement à ces refus d'admission

délivrés par les conseils départementaux, la minorité des personnes se présentant comme MNA soit finalement établie : en fonction des départements, 50 % à 80 % des personnes ayant saisi le juge des enfants voient leur minorité reconnue a posteriori¹⁷. Parmi les jeunes pris en charge par MSF, 80 % finissent par obtenir une protection.

Ce rapport témoigne des conséquences de l'absence de protection au titre de l'Aide sociale à l'enfance sur le bien-être, la santé et l'accès aux soins des MNA.



Bakary, mineur non accompagné, dans un squat de Marseille, novembre 2022, © Mohammad Ghannam/MSF

14. CEDH, SMK c. France, requête no 14356/19, 15 mars 2019, et CEDH, X c. France, requête no 15457/20, 31 mars 2020.

15. Comité des droits de l'enfant, op. cit.

16. Article 3 alinéa 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant.

17. Dans le rapport de la mission bipartite IGAS, IGA et IGJ, le Conseil national des barreaux indiquait « que parmi l'ensemble des recours judiciaires examinés en 2016 et 2017 à Paris, un jugement sur deux avait infirmé l'évaluation initiale et ordonné une admission à l'ASE (jugements en première instance et en appel) ».



Une infirmière et une psychiatre échangent avec un mineur non accompagné dans un campement à Paris, juillet 2020, © Nicolas Guyonnet/MSF

UN ÉTAT DE SANTÉ SOMATIQUE DÉGRADÉ

Parce qu'ils ont fait l'expérience de parcours migratoires souvent longs, éprouvants et dangereux, et qu'ils ont dû survivre dans des conditions de forte précarité, ces enfants et adolescents constituent **un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires et aux troubles post-traumatiques.**

Sur le plan de la santé somatique, nous constatons la prévalence de certaines pathologies telles que l'hépatite B, la tuberculose ou les parasitoses, mais aussi un état de santé général souvent dégradé par la prévalence notamment des problèmes respiratoires, gastroentérologiques, dermatologiques ou dentaires.

En 2021, les pathologies principalement diagnostiquées chez les 274 MNA reçus en consultation de médecine générale dans les centres d'accès aux soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde (Mdm) sont celles liées au système ostéoarticulaire

(25 %), digestif (24 %) et dermatologique (20 %). Selon l'expertise du médecin, 57,6 % des mineurs non accompagnés reçus souffrent d'au moins une pathologie aiguë et 48,3 % d'au moins une pathologie chronique. En outre, plus de la moitié présente un retard de recours aux soins et 59 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente¹⁸.

Ces constats sont similaires à ceux observés par les équipes médicales de MSF¹⁹. Parmi les 624 patients ayant bénéficié d'un premier rendez-vous médical en 2021, 72 % ont fait état de douleurs dentaires, 71 % de troubles digestifs, 58 % de douleurs ostéoarticulaires, 40 % de problèmes dermatologiques et 27 % de troubles respiratoires. À l'issue de ce premier rendez-vous, un suivi à long terme a été initié pour 471 patients. 92 d'entre eux se sont avérés être des cas complexes²⁰, soit 19,5 % de la cohorte.

18. Médecins du Monde, *Rapport 2021 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France.*

19. Il s'agit de données issues des activités de Médecins Sans Frontières, en 2021, au sein du centre d'accueil de jour dédié aux mineurs isolés étrangers. Ces données n'ont pas fait l'objet d'une publication.

20. Les cas complexes désignent les patients atteints de pathologies infectieuses (tuberculose, hépatite B, virus de l'immunodéficience humaine, entre autres) mais aussi ceux atteints d'infections parasitaires (par exemple, la bilharziose) et de maladies endocriniennes et métaboliques telles que l'hyperthyroïdie.

DES SOUFFRANCES PSYCHIQUES GRAVES

La santé mentale des MNA peut être particulièrement dégradée en raison de leurs parcours de vie souvent extrêmement éprouvants : événements traumatiques dans leurs pays d'origine, au cours du parcours migratoire et dans les pays de destination. Ils vivent dans un climat d'insécurité permanent. Ils doivent s'adapter à des contextes, des lieux de vie, des règles

et des langues méconnus pour assurer leur survie²¹.

Parmi les 395 patients reçus en consultation par les équipes de psychologues de MSF et du Comede en 2021²², 37 % souffraient de psychotraumatismes, dont un cinquième étaient des psychotraumatismes complexes.

PSYCHOTRAUMATISME

Les syndromes psychotraumatiques se caractérisent par le lien entre un événement de vie marqué par la violence et l'émergence de symptômes qui peuvent être particulièrement invalidants. Le syndrome d'intrusion ou de répétition est spécifique du psychotraumatisme. Le ou les événements font des retours répétitifs dans l'esprit, sous la forme d'images diurnes (reviviscences/flash-backs), de cauchemars, de ruminations autour de l'événement (« Et si je n'avais pas fait cela... »). Ces retours répétitifs empêchent la personne qui en souffre de s'inscrire dans le présent et d'envisager l'avenir : les nuits agitées ou trop courtes épuisent, la mémoire et la concentration sont défaillantes, les rendez-vous oubliés. C'est parfois tout le rapport au temps et à l'espace qui subit une altération, à un moment où les jeunes découvrent une culture, une société et un environnement totalement nouveaux et doivent être en mesure de mobiliser leurs ressources psychiques et d'apprendre à se repérer. S'ils ne sont pas soignés, ces symptômes peuvent devenir chroniques et entraîner une modification durable de la personnalité.



PSYCHOTRAUMATISME COMPLEXE

Les psychotraumatismes complexes se caractérisent par une modification profonde de la personnalité et du rapport à l'autre, ainsi que par l'instabilité émotionnelle et la somatisation. Ils sont particulièrement observés chez des personnes ayant vécu des situations traumatiques répétées, précoces ou des violences extrêmes. Il peut y avoir chez les personnes atteintes de psychotraumatisme complexe des éléments psychotiques et/ou dépressifs graves, ce qui complique le diagnostic.

12 % des patients étaient atteints de dépression : parmi eux, 62 % souffraient de dépression aiguë et 38 % de dépression chronique. 50 % souffraient

d'une détresse massive et réactionnelle à un facteur de stress lié à la précarité des conditions de vie en France.



DÉPRESSION

Le trouble dépressif se traduit par une humeur triste mais aussi par un ralentissement psychomoteur et psychique, une perte d'appétit, des insomnies, des plaintes somatiques, une irritabilité ou une anxiété et des idées suicidaires. Ce syndrome met en danger les jeunes car le contexte dans lequel ils évoluent est très exigeant. Ils doivent mobiliser beaucoup de ressources psychiques et d'énergie pour évoluer et survivre dans une société nouvelle dont ils ne maîtrisent pas les codes et la langue, très différente de l'environnement dans lequel ils ont grandi. Or, lorsqu'ils sont atteints de dépression, les jeunes se désinvestissent, ils ont des difficultés à demander de l'aide et risquent de s'isoler. Ils n'ont plus la force de se rendre aux distributions alimentaires pour se nourrir, ils rencontrent des difficultés à honorer leurs rendez-vous médicaux et administratifs.

La dépression chez les MNA peut être liée tant aux événements vécus dans le pays d'origine ou sur la route migratoire qu'aux conditions de vie précaires et instables en France.

21. Médecins du Monde et le Centre Primo Levi, *La souffrance psychique des exilés, une urgence de santé publique*, 2019.

22. Rapport de Médecins Sans Frontières et du Comede, *La santé mentale des mineurs non accompagnés. Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion*, novembre 2021.

Ces troubles génèrent différents symptômes qui s'avèrent invalidants pour ces jeunes.

Dans la même cohorte de patients, 75 % souffraient d'**anxiété**. Il s'agit d'angoisses liées à l'insécurité due aux conditions de vie et au statut administratif, et de ruminations anxieuses liées à l'incertitude sur leur avenir.

L'atteinte à la sphère du sommeil est importante : 64 % souffraient d'**insomnie** (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, réveils précoces) et 49 % étaient sujets aux cauchemars (liés au psychotraumatisme, aux pertes vécues, à ce qu'ils vont devenir). La fatigue qui en résulte aggrave les autres symptômes, affaiblit l'ensemble de leurs capacités, ce qui, en retour, alimente les troubles du sommeil.

78 % étaient sujets à la **tristesse de l'humeur** (coloration ou envahissement de la vie psychique

par la tristesse qui entraîne une baisse de la joie, du plaisir, du lien à l'autre, de l'espoir). 13 % avaient des idées suicidaires et 3 % sont passés à l'acte et ont été hospitalisés. 5 % faisaient preuve d'agressivité.

35 % étaient sujets à l'**isolement et au retrait**. Les jeunes ont tendance à s'invisibiliser, ce qui peut être interprété comme de l'indifférence ou de la négligence par les professionnels qui les accompagnent.

27 % se plaignaient de **douleurs somatiques** (céphalées, maux de ventre, maux de dos). En l'absence de cause organique, ces plaintes sont révélatrices du malaise psychique de ces jeunes.

28 % étaient sujets aux **troubles de la concentration**, qui se traduisent par des difficultés à apprendre, à mémoriser et à s'orienter.

TROUBLE RÉACTIONNEL À UN FACTEUR DE STRESS LIÉ À LA PRÉCARITÉ DES CONDITIONS DE VIE EN FRANCE



Les patients éprouvent des symptômes tels qu'une humeur triste, de l'anxiété, des troubles du sommeil (insomnies), des troubles de la concentration, des attitudes de retrait social, un épuisement physique et psychique, un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets ou à continuer dans une situation inchangée. Parmi eux, certains développent des idées suicidaires. D'abord sujets à une première phase d'anxiété majeure, les jeunes tendent à basculer ensuite dans un état dépressif. C'est alors que les désinvestissements apparaissent, ainsi que les attitudes d'isolement et de retrait social.

La précarité dans laquelle ils sont maintenus par la politique du non-accueil en France semble être le facteur de stress sévère qui nourrit leur trouble. Dépourvus de protection, de statut administratif et de représentation légale, les jeunes se savent isolés et vulnérables. En réaction, certains développent un trouble psychique.

En 2020, sur les 690 consultations psychologiques menées auprès de 54 MNA suivis par le programme de Médecins du Monde à Paris, 37 % concernaient des troubles anxieux, 22 % un syndrome dépressif, 6 % un stress post-traumatique.

Nos observations sont par ailleurs identiques à celles rendues par le Haut Conseil de la santé publique dans un avis publié en 2019²³ et aux résultats de l'enquête sur l'état de santé des patients se déclarant MNA et non reconnus mineurs réalisée au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) de l'hôpital Hôtel-Dieu à Paris²⁴. Au niveau européen, les observations produites dans le rapport du Réseau européen des ombudsmans pour enfants (*European Network of Ombudspersons for Children*, ENOC) sur la santé mentale des enfants et des adolescents en Europe abondent en ce sens²⁵.



Un jeune dans un centre de transit à Bayonne, décembre 2018, © Mohammad Ghannam/MSF

23. Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés, 7 novembre 2019.

24. Hourdet A., Rénier M., Van de Steeg F., Rieutord G., de Champs Léger H., État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu, 2019.

25. European Network of Ombudspersons for Children, Rapport de synthèse – La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe, septembre 2018.



Campement de mineurs non accompagnés, 2020, © Laurence Geai

DE MULTIPLES CAUSES ET FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

La santé des MNA peut être particulièrement dégradée en raison de plusieurs facteurs, présents à la fois dans les pays d'origine, de transit et de destination.

Les prévalences de certaines pathologies, comme les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB), ou la tuberculose, peuvent d'abord s'expliquer en raison de la provenance de pays à forte endémie.

Un autre facteur peut se trouver dans les **causes de départ du pays d'origine** : ces raisons sont multiples et font suite à des situations de vie devenues insupportables, engendrant de profondes souffrances chez ces enfants. Pour eux, il s'agit de fuir une situation de grande précarité ou de danger : un mariage forcé, des violences intrafamiliales, un conflit armé, une situation de traite, le décès d'un ou des deux parents ou de la figure de protection. Le départ peut aussi faire suite au désir d'accéder à une éducation qu'ils ne peuvent pas obtenir dans leur pays.

Ainsi, parmi les MNA suivis par les psychologues de MSF et du Comede en 2021, 55 % déclaraient

avoir perdu un parent ou un proche dans leur pays d'origine, 55 % avaient connu une désorganisation de la famille et 44 % des conflits intrafamiliaux.

La migration entraîne également de profonds changements de vie qui peuvent s'avérer d'autant plus compliqués pour des enfants. Elle conduit à une perte de repères, à un sentiment de non-appartenance et donc d'étrangeté chez des personnes en pleine construction identitaire et sociale. Le **passage entre l'enfance et l'âge adulte** est pour beaucoup une période de vie difficile qui affecte cruellement la psyché des jeunes lorsque cette période est accompagnée d'une rupture violente avec leurs origines, leur culture et leur langue maternelle.

À cela s'ajoute, pour la grande majorité de ces enfants, un **parcours migratoire traumatique**, tant sur le plan physique que psychologique. Les MNA subissent des violences, notamment en Libye ou au Maghreb : agressions, exploitation, racket, viols, esclavage, tortures. Lors de la traversée du désert et/ou de la mer, ils sont témoins de scènes de violences, du décès de leurs compagnons de route. Ces événements ont des conséquences sévères, tant sur le plan psychologique que physique.

Actives en Libye depuis 2016, les équipes de MSF constatent la présence en nombre d'enfants dans les centres de détention gérés par le ministère de l'Intérieur libyen et dans les zones urbaines, où ils sont souvent livrés à eux-mêmes. En 2021, 49 % des patients pris en charge par MSF²⁶ puis référés au Haut-Commissariat aux réfugiés des Nations unies étaient des enfants, la plupart non accompagnés. L'absence totale de protection dans le pays les expose à des menaces d'exploitation, de traite et de violences de la part d'adultes, de trafiquants d'êtres humains ou de milices. Ces mineurs ont déclaré avoir été enlevés et retenus contre leur gré, pendant une période s'étalant de six mois à un an et demi. Les enfants migrants, au même titre que les adultes, peuvent être détenus de façon indéfinie et arbitraire. En Libye, les conditions de détention sont terribles : privation de liberté, impossibilité de satisfaire les besoins

essentiels, expositions aux violences physiques, psychologiques et sexuelles. Par ailleurs, ceux et celles qui sont passés par les lieux d'enfermement gérés par les trafiquants d'êtres humains ont déclaré avoir été soumis à la torture²⁷ systématique à des fins d'extorsion. **Les séquelles de la violence extrême qui caractérise le contexte libyen se lisent sur les corps et les esprits.** L'ensemble des patients présentaient des signes de violence sous la forme d'altérations de la peau dues à des traumatismes contondants et tranchants, à des lésions thermiques et électriques. Certains présentaient également des troubles de la marche et des douleurs persistantes dus à l'utilisation de certaines techniques de torture comme le *falanga*, un procédé consistant à frapper la plante des pieds de la victime à l'aide d'une matraque, d'un câble ou d'une barre de fer²⁸.



Un migrant montre les cicatrices des tortures subies dans un lieu de captivité clandestin, juin 2019, © Jérôme Tubiana/MSF

26. Données issues de l'analyse réalisée dans le cadre des activités de MSF en Libye en 2021, document non public.

27. Définition de la torture selon le protocole d'Istanbul.

28. Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; IRCT; 2004.



(SUR)VIVRE À L'ENFER LIBYEN

Shirdoon* est un garçon de 15 ans originaire de Somalie. Il est arrivé en Libye en février 2020. À cette époque, il n'avait que 13 ans. Ses parents ne pouvaient le prendre en charge en Somalie. Il a été élevé par sa tante.

En janvier 2020, il a quitté la Somalie pour fuir les persécutions de groupes terroristes et est passé par l'Éthiopie et le Soudan. Arrivé en Libye, il a été kidnappé et emprisonné à Tazirbo pendant deux mois, où il a été maltraité et torturé par des trafiquants d'êtres humains qui lui ont demandé de payer une rançon pour le libérer. Comme il ne pouvait rien payer, il a été vendu à un autre réseau de trafiquants, à Bani Walid. Pendant un an, il a vécu dans une pièce souterraine avec d'autres hommes, femmes et enfants retenus en captivité par les trafiquants. Il a été régulièrement torturé, affamé et privé de lumière. Il a été électrocuté et sa tête a été frappée contre un mur à plusieurs reprises. Lorsque les trafiquants ont vu qu'il était incapable de payer une rançon, il a finalement été jeté dans la rue. Il a été remarqué par un homme et amené dans un abri sûr, où il a été soigné par l'équipe MSF.

Quand je le vois à l'hôpital, les médecins disent qu'il ne va pas survivre. Il a contracté une tuberculose, une maladie répandue dans les milieux fermés, où il n'y a pas de ventilation. Il souffre également de malnutrition sévère et porte des marques visibles de torture sur tout le corps. En raison des séances de torture, il souffre d'un trouble de la parole et sa santé mentale est gravement affectée. Il est enregistré auprès du Haut-Commissariat aux réfugiés des Nations unies. Cependant, à ce jour, aucune solution ne lui a été proposée pour quitter la Libye.

Serena Colagrande, responsable plaidoyer MSF en Libye de février 2021 à février 2022

**Le prénom a été modifié*

Ces enfants sont également nombreux à tenter la traversée de la mer au péril de leur vie.

Parmi les 3 138 personnes en danger immédiat de noyade en Méditerranée centrale secourues entre juin 2021 et mai 2022 par les équipes de MSF, 34 % étaient des enfants et 89 % d'entre eux étaient isolés et/ou séparés de leur famille²⁹.

Parmi les 395 MNA suivis par les psychologues de MSF et du Comede en France en 2021, 72 % avaient traversé la Méditerranée sur une embarcation de fortune. Un sur quatre avait survécu à un naufrage. La plupart des dépressions diagnostiquées dans cette même cohorte étaient liées à un **deuil pathologique induit par le décès** d'un parent dans le pays d'origine ou d'un accompagnant sur la route de l'exil. Les jeunes étaient alors séparés des personnes qui les soutenaient et vivaient cette perte sur un versant abandonnique.



Deux enfants sur le bateau de recherche et sauvetage de MSF, novembre 2021, © Virginie Nguyen Hoang/HUMA

29. Rapport de Médecins Sans Frontières, « Left to Drown in the Southern European Border: One year of Geo Barents at sea », juillet 2022.

TRAVERSER LA MÉDITERRANÉE AU PÉRIL DE SA VIE



Madani* dit « avoir choisi » de venir en France pour être scolarisé. Il insiste. Il a fait « le choix » de décliner la proposition de travail de l'une de ses tantes. « Le choix » de fuir les violences massives exercées par son oncle, sur lui et sa mère, depuis le décès de son père. Pour autant, lors des premiers entretiens, ce « choix » l'agite et nourrit sa culpabilité. Il est sans nouvelles de sa mère depuis son arrivée en France, il y a de cela plusieurs mois. L'idée qu'elle aurait pu succomber aux coups de son oncle le ronge.

Madani éprouve de la peur, de la tristesse, de la culpabilité. Ces émotions s'entremêlent à d'autres. Il voudrait les aborder mais ne s'autorise pas à les faire coexister à côté de l'image-écran de sa mère qui prend toute la place. Je reçois Madani avec un interprète professionnel en soninké. Il lui explique le fonctionnement de la carte téléphonique et nous offrons la possibilité à Madani de reprendre contact avec sa mère. Elle répond. À chacune des consultations suivantes, Madani se présente avec des dessins qui soutiennent sa parole et rendent compte de ses affects jusque-là dissimulés derrière l'écran de sa mère. Ses productions reflètent ses cauchemars qui sont peuplés d'animaux noirs, hirsutes, arborant souvent des longues griffes – « les animaux de la mer », comme il les appelle, non sans équivoques. Ces animaux effrayants entourent deux personnages qui se tiennent la main, lui et Harun, son compagnon d'exil. La parole se libère.

Après avoir traversé une partie de l'Afrique, s'être caché pendant plusieurs mois dans la forêt au Maroc avec Harun, Madani a dérivé plusieurs jours durant dans une embarcation de fortune, entouré d'adultes et du corps inerte de son ami. Son double, Harun, est mort pendant la traversée. Madani est resté à regarder son corps allongé sans pouvoir le ramener à la vie. Les images des personnes aimées, perdues, s'entrechoquent. Comment faire revivre symboliquement un alter ego ?

Camille Verdon, psychologue au centre d'accueil de jour pour MNA de MSF

*Le prénom a été modifié.

Ces conditions de voyage inhumaines, qui peuvent durer de quelques semaines à quelques mois – voire plusieurs années –, laissent à l'évidence d'importantes séquelles, qui accentuent fortement le risque de contracter une infection, d'aggraver des éventuelles pathologies préexistantes et entraînent des blessures physiques et psychologiques profondes.

Ces constats sont identiques à ceux du Haut Conseil de la santé publique, qui, dans un avis rendu en 2019, indiquait que « *le nombre et la sévérité des événements traumatiques rencontrés (mort d'un proche, situation de danger personnel, situation de guerre, confrontation aux violences, viol subi ou observé, séparations, mauvais traitements) sont des facteurs de risque majeurs* »³⁰.

Il est important de noter que ces troubles, tant somatiques que psychiques, peuvent également être générés et/ou aggravés par les **conditions de vie indignes en France et les violences institutionnelles** dont ces enfants peuvent être l'objet : difficultés d'accès à une protection adaptée, complexité et longueur des démarches, évaluation arbitraire, incertitude quant à l'avenir, suspicion systématique, impasses administratives. Ces expériences conduisent à placer les mineurs dans des situations d'extrême vulnérabilité et peuvent

favoriser l'apparition d'un trouble dépressif et/ou réactionnel à la précarité. Ainsi, les MNA peuvent être déstabilisés par la discontinuité de la prise en charge, notamment lorsqu'elle est brusquement remise en question par des décisions judiciaires, telles que les mains levées de placement.

À leur arrivée en France, beaucoup d'entre eux restent en dehors des dispositifs de protection ou doivent patienter de longs mois avant de pouvoir en bénéficier. Sans aucun accès à un hébergement, ils se retrouvent dans une situation de précarité et d'isolement et doivent se battre pour essayer de satisfaire leurs besoins primaires. Dans certains départements, ces enfants sont confrontés à une **prise en charge dans des structures inadaptées, dans des lieux d'hébergement insalubres, à l'hôtel, ou encore à la non-satisfaction de leurs besoins primaires et à la vie à la rue**. Ce contexte d'errance, la barrière culturelle et linguistique sont autant d'éléments qui augmentent la vulnérabilité de ces enfants et les exposent à de nombreux facteurs de risques pour leur santé et leur sécurité (mauvaise alimentation, froid, violences, exploitation sexuelle, trafics, addictions). Du fait du manque d'accès aux soins et aux traitements, des maladies chroniques ou infectieuses déjà existantes peuvent s'aggraver.

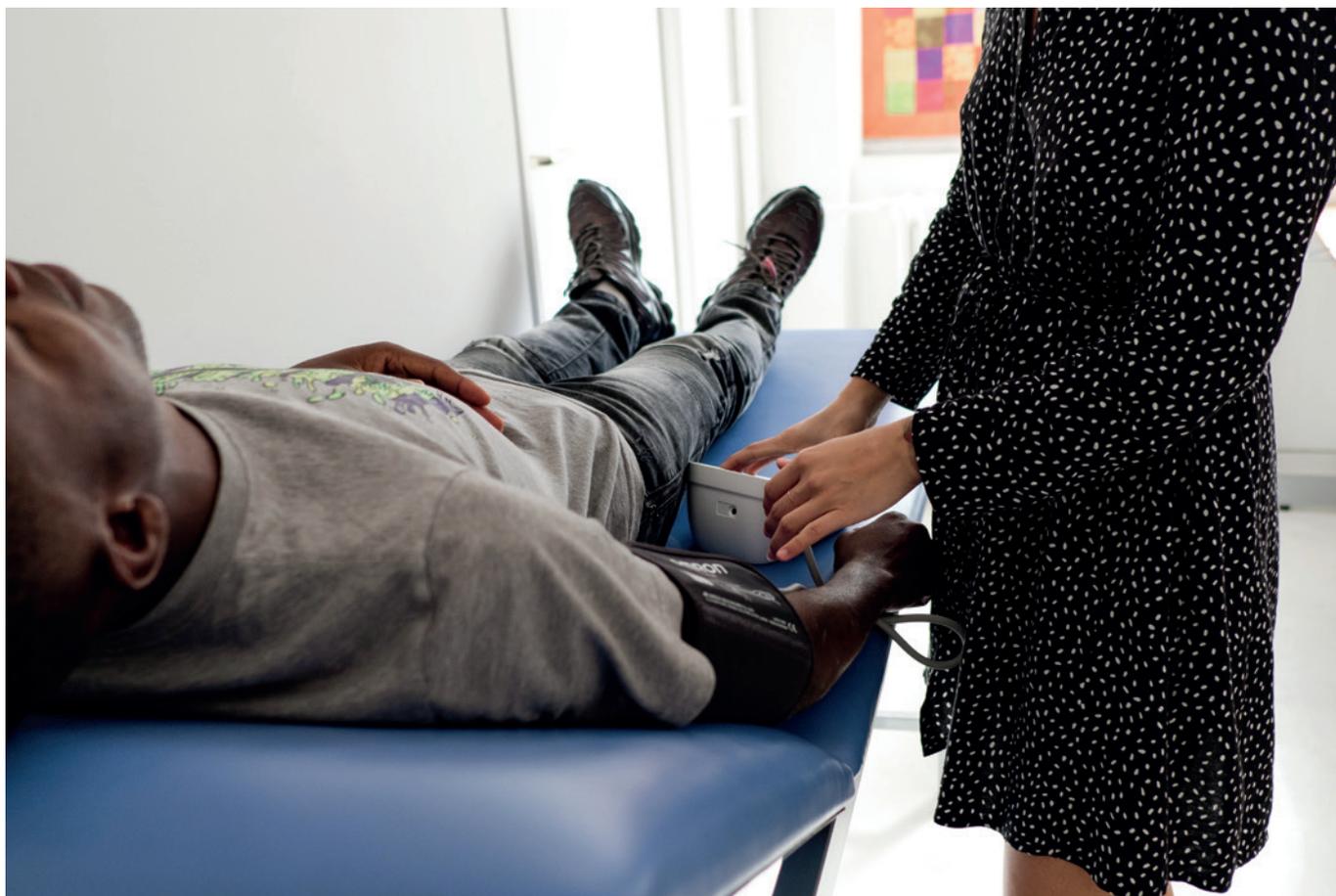
À titre d'exemple, en 2021, 80 % des MNA reçus par le programme de Médecins du Monde à Nantes étaient sans domicile fixe/à la rue, 8 % hébergés par des amis ou des connaissances et 5 % en squat³¹.

Les mêmes constats sont établis par MSF : 55 % des mineurs suivis par l'association vivent dans la rue lorsqu'ils débutent leur suivi auprès du pôle santé mentale. Or ce ne sont pas des enfants des rues : seuls 5 % d'entre eux l'étaient dans leur pays d'origine. N'ayant jamais vécu auparavant dans l'espace public, les jeunes sans hébergement doivent mobiliser d'importantes ressources psychiques pour mettre en place des systèmes de survie jusqu'alors méconnus. Leur vie psychique est monopolisée par la quête quotidienne d'un endroit où dormir, manger, se laver. Du fait de leur jeune âge, ils sont particulièrement vulnérables aux agressions et affectés par la pression policière, conséquence de la politique dite « de lutte contre les points de fixation » menée par l'État à l'égard des campements de personnes exilées.

45 % des jeunes suivis par MSF et le Comede déclaraient connaître des difficultés pour accéder à de la nourriture – seuls 6 % connaissaient ces difficultés dans le pays d'origine.

L'absence des proches crée également un **sentiment de solitude abyssal** chez les MNA. Cet isolement intervient à un moment où les jeunes sont encore censés bénéficier de l'étayage parental. Toutefois, ces jeunes possèdent une grande capacité à créer des liens qui est malheureusement souvent mise à mal par la discontinuité des parcours de vie en France.

Ainsi, **les MNA sont des enfants qui cumulent des facteurs de vulnérabilité relatifs à leur âge, leur trajectoire, leur isolement, et requièrent une prise en charge en santé immédiate, effective et adaptée, pluridisciplinaire, avec une attention particulière aux souffrances psychiques.**



Une infirmière de MSF reçoit un jeune pour lui prendre sa tension et réaliser un bilan médical, septembre 2018, © Augustin Le Gall

UN ACCÈS AUX SOINS DIFFICILE

Malgré un état de santé dégradé et des besoins de soins importants, nos associations observent que **l'accès aux soins des MNA est entravé par différents obstacles** : absence de représentant légal, absence de protection adaptée, lourdeurs des démarches administratives pour s'affilier à une protection maladie, manque de structures de prise en charge adaptées, méconnaissance du système de santé, barrières culturelles ou linguistiques.

L'absence de représentant légal et donc d'autorisation de soins

En France, il est nécessaire d'obtenir le consentement des parents ou tuteurs légaux pour les actes médicaux effectués sur les mineurs. Or, par définition, les MNA n'ont pas de représentants légaux sur le territoire français. **Cette contradiction est la source de nombreux obstacles dans leur accès aux soins** et nous constatons des refus de soins ou des retards d'accès aux soins fréquents, surtout quand l'acte est intrusif (par exemple, lors d'une anesthésie, une chirurgie ou une fibroscopie).

Cette absence de représentation légale est souvent évoquée par les soignants comme un motif de refus de prise en charge puisqu'il devient impossible d'obtenir le consentement des représentants légaux du MNA pour les soins³². Il existe pourtant des **dérogations à cette obligation** mais les soignants ne s'en saisissent pas, par méconnaissance ou par crainte d'endosser la responsabilité d'une telle décision.

32. L'article R1112-35 du Code de la santé publique stipule que « si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence ».

DISPENSE D'OBTENTION DU CONSENTEMENT DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE : LES DÉROGATIONS



Hors soins urgents (article R1112-35-3 du Code de la santé publique), il existe des dérogations à l'obligation de recueil du consentement des représentants légaux qui permettent aux soignants d'intervenir :

1. Lorsque des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposent pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière souhaite garder le secret sur son état de santé (article L1111-5-1 du Code de la santé publique).
2. Lorsque le mineur bénéficie à titre personnel de la couverture maladie universelle (article L1111-5 du Code de la santé publique). Dans ce cas-là, seul son consentement est requis.
3. 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. Dans ce cas-là, le médecin responsable du service peut saisir le procureur de la République afin de provoquer l'ouverture d'une mesure d'assistance éducative (article R1112-35 du Code de la santé publique).
4. Pour les mineurs d'au moins 15 ans, lorsque cela concerne la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs (article L5134-1 du Code de la santé publique).

Dans tous les cas, le consentement éclairé du mineur doit être recherché. Pour qu'il puisse consentir aux soins ou traitements de manière éclairée, il doit avoir bénéficié d'une information adaptée sur son état de santé et sur les choix thérapeutiques qui s'offrent à lui, dans une langue qu'il comprend.

Il est recommandé que le mineur soit accompagné par une personne majeure de son choix (article L1111-5 du Code de la santé publique) sans que cela ne crée de lien juridique et donc aucune obligation spécifique pour la personne accompagnante, qui n'a pas à consentir ou non aux soins. Cet adulte accompagnant peut en outre être un membre de l'équipe soignante.

Repères juridiques : voir annexe.



Une infirmière de l'équipe MSF reçoit un jeune dans un squat à Marseille, © Mohammad Ghannam/MSF

Le non-recours à ces différents leviers entraîne des situations kafkaïennes qui impactent les mineurs mais aussi les soignants et les structures de santé confrontés à cet obstacle. Pour les mineurs, cela se traduit par un allongement des délais de prise en charge et un report des interventions à la majorité, ce qui entraîne une perte de chance³³ ou un renoncement aux soins. **Pour les soignants, cela se traduit par une diversité des postures et des pratiques.**

Certains refusent catégoriquement d'intervenir quand d'autres tentent de trouver un arrangement et interviennent parfois sans être en conformité avec la loi. Pour les structures de santé, au-delà de la mise en difficulté des équipes médicales et sociales, cela se traduit par une prise en charge plus complexe et par conséquent plus coûteuse.

33. On parle de « perte de chance » lorsque le retard dans la prise en charge ou le traitement d'un patient a compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper aux complications.

L'ABSENCE DE REPRÉSENTANT LÉGAL COMME OBSTACLE MAJEUR AUX SOINS



Mamadou*, est un mineur de 16 ans, de nationalité ivoirienne. Il arrive en France en avril 2017 et se présente aux équipes de Médecins du Monde en mai, alors qu'il est en cours d'évaluation au dispositif d'évaluation des mineurs isolés étrangers (Demie) du département de Paris, sans réussir à avoir accès à l'infirmière du service.

Mamadou souffre de vives douleurs maxillaires avec édentation partielle, liée à une agression subie en France. Il n'a plus aucune dent de devant, ce qui, outre les douleurs, rend la prise alimentaire complexe, notamment au regard des aliments fournis par le dispositif de mise à l'abri d'urgence (sandwichs, kebabs,...).

Médecins du Monde réoriente Mamadou vers l'infirmière du Demie avec un courrier sous pli confidentiel à son attention afin qu'une prise en charge sanitaire puisse se mettre en place. Ce courrier fait état de la nécessité d'orienter le jeune vers un service odontologique et d'ouvrir ses droits à la protection maladie universelle (PUMa, CMU-C), en prévision de soins dentaires très lourds.

En juillet 2017, une décision de refus d'admission au bénéfice de l'Aide sociale à l'enfance est notifiée à Mamadou, qui revient à Médecins du Monde et nous informe que sa situation médicale n'a pas évoluée puisqu'il n'a jamais été reçu par l'infirmière. Il vit désormais à la gare du Nord. Il nous indique également être suivi par une association de soutien juridique, l'Adjie (Accompagnement et défense des jeunes isolés étrangers), et, grâce à elle, avoir saisi le juge des enfants de Paris. Médecins du Monde oriente alors Mamadou vers le service odontologique de l'hôpital Rothschild et entame des démarches en vue de l'ouverture de droits à l'Aide médicale de l'État.

Les premiers soins effectués à l'hôpital Rothschild permettent de diminuer les douleurs de Mamadou. Toutefois, devant la lourdeur du diagnostic (nécessité d'arracher l'ensemble de la dentition restante pour pouvoir installer une prothèse), le service odontologique suspend le traitement. En effet, l'existence d'un représentant légal pour autoriser des soins si invasifs est impérativement nécessaire et, par ailleurs, l'Aide médicale de l'État dont bénéficie Mamadou ne couvrirait pas les frais très importants liés à ce type de prothèse.

Mamadou est tout de même réorienté vers la Pass bucco-dentaire de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour essayer d'envisager d'autres solutions : sa capacité à manger est de plus en plus réduite et il a tendance à s'isoler, ayant honte de cette disgrâce esthétique et des difficultés d'élocution que cela occasionne. Toutefois, aucune alternative ne lui sera apportée.

Ce n'est que quelques mois plus tard, après que le juge des enfants a prononcé une mesure d'assistance éducative, que des soins appropriés ont pu être apportés à Mamadou.

Rapport d'activité du programme MNA Paris de Médecins du Monde, 2017.

**Le prénom a été modifié.*

Cet obstacle affecte tant les MNA non reconnus comme tels que les MNA placés au titre de l'assistance éducative. En effet, le placement n'entraîne pas en soi une délégation de l'autorité parentale. Il faut pour cela solliciter l'ouverture d'une tutelle ou une délégation de l'autorité parentale auprès de l'autorité judiciaire compétente. Or cette demande n'est

pas faite systématiquement par les services de la protection de l'enfance. Et, lorsqu'elle est initiée, elle peut prendre plusieurs semaines avant d'être traitée, ce qui entraîne des retards de soins importants. **Il est donc impératif d'organiser la représentation légale des MNA dès leur présentation auprès des services de protection de l'enfance.**

L'absence de couverture maladie

La difficulté d'accéder à une protection maladie constitue un autre obstacle à l'accès aux structures de santé et aux traitements. En tant que mineurs, les MNA devraient avoir accès à l'assurance maladie avec la complémentaire santé solidaire (C2S), en leur nom propre. Cependant, seules l'ASE ou la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) sont habilitées à solliciter l'ouverture des droits à l'assurance maladie, ce qui empêche les MNA non pris en charge à l'issue de l'évaluation départementale d'en bénéficier. Ainsi, les MNA qui ne sont pas encore reconnus comme tels et donc non pris en charge par les dispositifs de l'ASE ou de la PJJ ne peuvent bénéficier que de l'Aide médicale de l'État (AME)³⁴, alors même que celle-ci n'est destinée qu'aux personnes étrangères en situation administrative irrégulière³⁵.

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. Là encore, les disparités entre les départements sont importantes : certaines caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) accèdent aux demandes d'AME sans délai,

tandis que d'autres sollicitent la décision du conseil départemental statuant de la minorité ou non et exigent d'attendre le délai de trois mois si la minorité n'a pas été reconnue, et ce même si le jeune a saisi le juge des enfants.

Cette distinction hasardeuse entre ceux qui « relèvent de l'ASE ou de la PJJ » et ceux « sans aucune attache, sans prise en charge par une structure quelconque » (circulaire interministérielle de 2011) crée un système de soins à deux vitesses : les MNA effectivement pris en charge qui bénéficient de la protection maladie et de la C2S et les MNA non encore protégés – qui relèvent pourtant de l'ASE, qui bénéficient de l'AME en tant que mineurs.

Par ailleurs, l'AME est attribuée sous condition de résidence. Pour les publics sans domicile, il est alors nécessaire d'obtenir une domiciliation administrative auprès d'un organisme domiciliaire ou d'un centre communal d'action sociale (CCAS). Or les places de domiciliation manquent et il arrive que certains organismes domiciliaires refusent d'inscrire les mineurs du fait de leur âge déclaré.



LE REFUS OU REPORT DE PRISE EN CHARGE POUR DÉFAUT D'OUVERTURE DES DROITS À UNE COUVERTURE MALADIE

Modou* est admis aux urgences pour des douleurs pelviennes.

Le médecin urgentiste lui diagnostique un calcul vésical qui nécessite une intervention.

Le service d'urologie vers lequel il est orienté décide de reporter l'intervention car

Modou ne dispose pas de couverture sociale. Pourtant, les douleurs sont vives et persistantes.

Au cours des deux mois que dure la procédure d'ouverture des droits à l'Aide médicale de l'État par la caisse primaire d'assurance maladie, Modou multiplie les allers-retours aux urgences. Ce n'est qu'à l'issue d'une nouvelle admission aux urgences que Modou accède enfin à l'intervention, sa douleur étant finalement considérée par le médecin en charge comme présentant un caractère d'urgence.

Euphrasie Kalolwa, responsable plaidoyer MSF en France depuis janvier 2021

*Le prénom a été modifié.

Les démarches nécessaires à l'obtention d'une domiciliation administrative et d'une couverture maladie sont quasiment inaccessibles pour un public jeune, parfois non francophone et qui ne maîtrise pas le système administratif français. Lorsqu'une domiciliation administrative a néanmoins pu être obtenue, ce sont les délais et les conditions de traitement des demandes d'AME par les caisses

primaires d'assurance maladie qui constituent un nouvel obstacle. Il n'est pas rare que s'écoulent plusieurs mois entre l'envoi d'une demande et l'ouverture effective des droits. Ces longs mois d'attente s'expliquent par des dysfonctionnements dans la prise en charge des dossiers AME. En effet, il arrive que les CPAM réclament des pièces justificatives complémentaires, pourtant non prévues par la loi³⁶.

34. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Direction de la sécurité sociale, [circulaire no DSS/2A/2011/351](#) du 8 septembre 'A l'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs).

35. L'AME est dédiée aux étrangers en situation irrégulière. Or la loi n'impose pas aux mineurs de détenir un titre de séjour. Ils ne devraient donc pas être affiliés à ce régime. Ils devraient bénéficier de l'assurance maladie avec la complémentaire santé solidaire (C2S). L'impossibilité pour les MNA d'y accéder illustre les nombreuses tentatives de l'État d'assimiler ces jeunes à des étrangers en situation irrégulière, qui deviennent alors potentiellement expulsables.

36. Le pôle social du centre d'accueil de jour de MSF qui prépare les dossiers de demandes d'AME reçoit régulièrement de la part des CPAM une fin de non-recevoir au motif qu'il n'a été fourni aucun justificatif attestant d'une présence en France depuis plus de trois mois. Or la loi prévoit que les mineurs sont exemptés de cette obligation de résidence de plus de trois mois, contrairement aux adultes.

Ainsi, parmi les 332 MNA reçus en 2021 dans les Casos de Médecins du Monde, 97 % n'avaient pas de couverture maladie alors qu'ils y étaient éligibles. Les difficultés administratives sont majoritairement évoquées comme obstacles à l'accès aux droits et aux soins (53 % des MNA), mais aussi des obstacles liés à la méconnaissance des droits et des structures (34 %) et à la barrière linguistique (16 %). Par ailleurs, près de la moitié d'entre eux (49 %) ne disposent d'aucune adresse postale, pourtant nécessaire pour faire valoir leurs droits.

Afin de mettre fin à ces difficultés, **Médecins Sans Frontières et Médecins du Monde recommandent l'affiliation immédiate et inconditionnelle à la protection universelle maladie (PUMA) et à la C2S des personnes se présentant comme MNA dès l'accueil provisoire d'urgence.** Cette mesure de santé publique permettrait de sécuriser les parcours de soins, de lutter contre le non-recours et le retard de soins et de ne pas se heurter au problème majeur de l'absence de représentant légal.

L'absence de recours à l'interprétariat professionnel

Le recours hétérogène à l'interprétariat professionnel dans les structures de soins constitue un véritable frein à l'orientation des jeunes. Le non-recours à l'interprétariat empêche les soignants d'exercer pleinement leur métier et les patients de comprendre

et de se faire comprendre. L'interprétariat professionnel et la médiation en santé ont pourtant été reconnus par l'administration comme indispensables pour garantir un accès autonome aux droits, à la prévention et aux soins³⁷.

LES CONSÉQUENCES DU NON-RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL



En août 2021, Sadik* est orienté par l'infirmière MSF vers le service dentaire d'une Pass car il se plaint d'importantes douleurs. Alors que le diagnostic statue sur la nécessité de procéder à l'extraction de la dent douloureuse, la médecin en charge de Sadik informe l'infirmière qu'elle ne peut intervenir immédiatement « compte tenu du fait qu'il ne comprend pas bien le français » et propose de décaler l'intervention au mois d'octobre. Elle explique également avoir fourni au patient une prescription médicale afin qu'il puisse se procurer antalgiques et antibiotiques si toutefois les douleurs s'accroissent ou qu'un signe d'infection apparaît d'ici au rendez-vous.

Le non-recours à l'interprétariat professionnel n'a pas permis à Sadik de comprendre le traitement prescrit et la posologie. Il a par conséquent ingéré l'ensemble des médicaments prescrits au sortir du rendez-vous. Si la nature du traitement n'a pas mis en danger la santé de Sadik, cette situation témoigne des risques que peut engendrer une mauvaise information et une mauvaise compréhension du projet thérapeutique**.

Euphrasie Kalolwa, responsable plaidoyer MSF en France depuis janvier 2021

* Le prénom a été modifié.

** Les précisions apportées dans cette vignette clinique ont été obtenues par l'infirmière MSF auprès de la praticienne après que le jeune a ingéré son traitement.

Les délais d'attente, l'inadaptation et la saturation des services de soins en santé mentale

L'accès des MNA à des soins pédopsychiatriques et psychologiques au sein des centres médicaux psychologiques (CMP) et des centres médico-psychopédagogiques (CMPP) est complexe et difficile à mettre en œuvre : inexistence de lieux d'accueil accessibles et adaptés aux MNA, saturation des services publics, absence de prise en compte de leurs besoins spécifiques³⁸.

Par conséquent, le recours aux soins arrive bien souvent trop tardivement, lorsqu'il n'est plus possible de faire autrement et que les symptômes sont

trop envahissants. Ceci n'est pas adapté à l'âge des patients : les adolescents évoluent vite, leurs troubles nécessitent d'être traités rapidement pour ne pas les laisser se rigidifier. De plus, les MNA, parce qu'ils sont isolés, ne disposent pas d'un étayage suffisant, en mesure de compenser provisoirement le manque de soins. En l'absence de prise en charge rapide, certains décompensent et nécessitent une orientation vers les services d'urgence psychiatriques, parfois menée sous contrainte, lorsque ces services ne s'y opposent pas au nom de l'absence de représentant légal.

La méconnaissance des MNA par les soignants

La méconnaissance par les soignants du public des MNA et de ses spécificités constitue un frein majeur pour l'accès et la réussite des soins. Les professionnels sont peu formés aux réalités dans lesquelles ces patients vivent ou ont vécu. Pour les professionnels de la santé mentale, il peut être difficile de poser un diagnostic, alors même que les différences culturelles influent sur les modalités d'expression de la souffrance. Aussi, le vide juridique dans lequel sont laissés les MNA non reconnus comme tels laisse libre

cours à l'interprétation des soignants. La véracité de l'âge déclaré par les jeunes occupe régulièrement une place plus importante qu'elle ne le devrait. Certains soignants lient de façon disproportionnée le soin au statut administratif. Ils remettent en cause l'âge déclaré par le patient, ce qui abîme le lien de confiance. La marge d'interprétation des personnels soignants mène à une prise en charge disparate et à un accès aux soins inégalitaire.

Le manque de structures de soins pluridisciplinaires adaptées pour les 12-25 ans

L'âge de 18 ans constitue une frontière légale et symbolique importante en France, puisque la majorité ouvre à de nouveaux droits et devoirs, en permettant notamment de se soigner sans l'accord d'un représentant légal. Cependant, sur le plan de la santé physique comme psychique, cet âge ne correspond pas forcément à un changement majeur qui interviendrait au lendemain du passage à la majorité.

Il existe en France des maisons des adolescents qui proposent une prise en charge pluridisciplinaire au public 12-25 ans. Ces centres sont peu nombreux, souvent sous-dotés en matière de professionnels et peu informés des problématiques spécifiques des MNA (allophonie, hébergement instable ou inexistant, prévalence des troubles psychiques réactionnels).

Parfois, ces structures refusent de prendre en charge les MNA du fait de leur statut administratif. Pourtant, leur intégration dans ces structures permet une continuité des prises en charge au-delà des 18 ans, notamment pour les jeunes souffrant de troubles nécessitant des soins au long cours (syndromes psychotraumatiques et troubles dépressifs notamment). Cette intégration favorise aussi une meilleure insertion des MNA dans des parcours de soins du droit commun, parmi des jeunes de leur âge.

En pratique, une partie de ces obstacles est contournée grâce à la mobilisation quotidienne des associations et des réseaux de citoyens solidaires.

En se dédouanant de ses engagements relatifs à la protection de l'enfance, les autorités françaises rendent les MNA dépendants des acteurs associatifs.

38. Le Haut Conseil de la santé publique, dans son avis de 2019, expliquait que, « concernant la santé psychique, les départements enquêtés s'accordent pour souligner l'importance et la difficulté des repérages et des prises en charge nécessaires, alors que les structures psychothérapeutiques (centre médico-psychologique, CMP) sont en nombre insuffisant, sans formation aux spécificités de la population des enfants étrangers isolés. Peu de structures d'accueil bénéficient de la présence de psychologues, ou alors dans le cadre de vacations ou en supervision ». Il ajoutait que « le dispositif de soins psychiatriques est inadapté aux besoins des enfants étrangers isolés : le repérage des signes de souffrance psychique demeure empirique ; la prise en charge est difficile à faire accepter par les enfants étrangers isolés, la pratique des séjours institutionnels courts éventuellement répétés ne permet pas un suivi à long terme », HCSP, op. cit.

Focus

Pandémie de Covid-19

En mars 2020, lorsque le confinement a été instauré, les MNA non reconnus comme tels ont été les grands oubliés des dispositifs de mise à l'abri créés par l'État pour compenser l'impossibilité des populations vivant à la rue de se confiner. En effet, le 21 mars, le secrétaire d'État chargé de la Protection de l'enfance, Adrien Taquet, précise dans un courrier adressé à l'ensemble des présidents des conseils départementaux que « *la priorité doit être donnée à la mise à l'abri [des MNA] quand bien même les conditions de l'évaluation de la minorité sont perturbées*³⁹ ». Il ajoute que « *la protection des mineurs, et notamment de ceux se présentant comme mineurs non accompagnés, doit être garantie par des mises à l'abri systématiques* ». Il ne mentionne alors toutefois pas la nécessité de mettre à l'abri les jeunes qui ont saisi le juge des enfants à l'issue d'une évaluation départementale défavorable, maintenant ainsi les MNA en recours en dehors de l'équation. **En dépit du caractère exceptionnel de la pandémie, l'État n'a pas fait primer l'intérêt supérieur de l'enfant.** Il a fait le choix de laisser les associations porter le poids de la mise à l'abri et du suivi de centaines de MNA non reconnus comme tels.

MSF n'a eu d'autres choix que de prolonger son programme d'hébergement d'urgence à destination des MNA. Ce sont 20 059 nuitées, en hôtel ou en maison, à Paris, Marseille, Montpellier et Bordeaux, qui ont été financées par l'association au cours du premier confinement. Elles ont permis de mettre à l'abri 227 MNA.

La pandémie de Covid-19 et les multiples restrictions sanitaires qui l'accompagnaient ont aggravé les troubles psychiques des MNA. Les effets négatifs du confinement, observés chez l'ensemble de la population française, ont été décuplés chez ces jeunes, déjà affaiblis par une politique d'accueil déshumanisante.

Génératrice d'angoisse, cette période suspendue dans le temps s'est traduite pour une partie des 124 patients suivis par Médecins Sans Frontières et le Comede par une résurgence des traumatismes existants : 30 % des jeunes ont vu leur symptomatologie liée à

des troubles psychiques se redéployer et être majorée au cours du confinement⁴⁰. 79 % des MNA ont fait état de leur anxiété par rapport à leurs démarches administratives et juridiques mises en pause pendant le confinement.

Des constats similaires ont été observés dans une étude de cas menée dans un programme de Médecins du Monde à Paris, où des problèmes psychologiques ont été diagnostiqués chez 88 % des MNA suivis, expliqués en partie par les multiples incertitudes générées par le confinement. De l'avis d'une psychologue, le confinement aurait pu réactiver des troubles psychiques appartenant au passé et faire écho à des situations d'enfermement forcé vécues pendant leur parcours migratoire⁴¹.

Les jeunes laissés à la rue ont, eux, fait l'amère expérience de l'indifférence et de la marginalisation⁴². Parce qu'ils n'ont pas été mis à l'abri pendant le confinement, ils ont éprouvé les difficultés de la vie à la rue dans un contexte particulièrement anxiogène. Alors que le reste de la société était confinée à domicile, il se sont retrouvés dans des rues vides, que seuls les grands exclus ou les policiers arpentaient. Pour ces jeunes, qui craignent la cohabitation avec les autres publics de la rue, source de violence, et les contrôles et arrestations, cet environnement a généré des angoisses importantes. Pour certains, la non-maîtrise de la langue française a ajouté à l'incompréhension et à la sidération.

L'accès aux points de distribution alimentaire et aux bains-douches municipaux a été entravé par le ralentissement des activités associatives et l'obligation d'immobilité⁴³. La crainte de s'exposer au virus et aux contrôles policiers a également été prégnante. Ces obstacles ont enclenché chez ces jeunes une logique de survie. Toutes leurs pensées et leurs affects ont été mobilisés pour satisfaire leurs besoins fondamentaux. Cela a généré un sentiment d'épuisement et dégradé leur état de santé psychique. Beaucoup ont fait part du sentiment d'être exclus du groupe humain.

39. Lettre de M. Adrien Taquet, secrétaire d'État chargé de la Protection de l'enfance, au sujet de la situation pendant l'épidémie du Covid-19 et des moyens mis en œuvre pour la protection des enfants, le 21 mars 2020.

40. Médecins Sans Frontières et le Comede, *Vivre le confinement. Les mineurs non accompagnés en recours face à la pandémie de Covid-19*, avril 2021.

41. Médecins du Monde, *Santé des mineurs non accompagnés non protégés et adaptation des services en contexte de Covid-19 à Paris*, Lara Gautier, Stéphanie Nguengang Wakap, août 2021.

42. Peu de données statistiques ont pu être collectées sur le vécu du confinement par les jeunes à la rue. Leur errance et leur extrême précarité rendaient plus difficile le suivi. Cependant, les échanges qu'ont pu avoir les psychologues de MSF et du Comede avec certains jeunes leur permettent de faire état des difficultés particulières qu'ils ont rencontrées.

43. Médecins du Monde, *Rapport 2021 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France*.



PANDÉMIE DE COVID-19, VIVRE À LA RUE PENDANT LE CONFINEMENT

Alpha* est un garçon âgé de 16 ans, il vit dans la rue depuis son arrivée en France.

Le 2 mars 2020, peu après son entrée sur le territoire français, Alpha se présente au dispositif d'évaluation des mineurs étrangers (Demie) à Paris. L'évaluation donne suite à un refus de prise en charge. Le 4 mars, il intègre le centre d'accueil de jour de MSF à Pantin, en Seine-Saint-Denis. Dès son arrivée, l'agent chargé de l'accueil est interpellé par l'état de détresse et de fragilité que présente Alpha et l'oriente vers une psychologue.

Lors de la première consultation, Alpha fait état d'un parcours migratoire marqué par la perte d'un ami, mort noyé dans la Méditerranée, avec lequel il a effectué la majeure partie du trajet. Il se saisit de l'espace de parole qui lui est proposé, la présence de l'interprète lui permet de s'exprimer dans sa langue maternelle.

Le tableau clinique qu'il présente évoque celui du psychotraumatisme avec la présence de reviviscences et de cauchemars. Son humeur est triste, il est traversé des pensées culpabilisantes d'avoir survécu à la traversée alors que d'autres sont morts. Alpha confie que l'ami décédé a été aléatoirement placé sur un autre radeau que le sien. Son deuil est douloureux et Alpha doit être soutenu.

À l'issue de ce premier rendez-vous, il se dit soulagé et désireux de continuer cet accompagnement. Un second rendez-vous est fixé une semaine plus tard. À ce moment-là, Alpha passe ses nuits dans la chambre d'hôtel d'un ami hébergé. La journée, je lui propose de venir au centre de jour pour prendre un repas, profiter de l'espace collectif.

Cependant, quelques jours plus tard, le début du confinement ne permet plus cet accueil de jour.

J'appelle Alpha pour prendre de ses nouvelles, m'assurer qu'il a compris ce qu'il se passe et lui proposer de continuer ce suivi par téléphone dans l'attente d'une possible rencontre, ce qu'il accepte. Au fil des jours, la situation se dégrade davantage pour Alpha. Le confinement implique des mesures de surveillance plus importantes et son ami ne peut plus l'accueillir dans sa chambre d'hôtel. C'est ainsi qu'il se retrouve à la rue. Je continue d'appeler Alpha avec l'interprète en soninké, mais les échanges sont de plus en plus brefs et factuels. Alpha transmet qu'il est dehors, qu'il dort devant un foyer où des pensionnaires lui offrent parfois des repas. Il s'est installé près du local de l'agent de nuit pour maintenir un sentiment de sécurité. Dans la nuit du 22 mars, Alpha est agressé par trois personnes. Il est frappé et son portable lui est volé. Le téléphone dépasse pour Alpha sa fonction d'outil de contact, c'est un objet intime, presque un totem qui protège les souvenirs des proches restés aux pays, de l'ami perdu pendant la traversée. En le perdant de cette manière, avec violence, c'est une part de l'identité d'Alpha qui lui est de nouveau arrachée.

Les semaines qui suivent sont éprouvantes, Alpha continue à dormir dehors, il récupère un téléphone défectueux sur lequel il ne peut que voir les appels, l'écran est bloqué, il ne peut pas y répondre. Souvent, il me rappelle d'un téléphone emprunté à un passant. Nos échanges sont incertains et Alpha est trop effrayé par de potentiels contrôles de police pour venir jusqu'au centre. Il me demande peu après son agression de ne pas appeler le traducteur, qu'il n'a rien à me dire, seulement qu'il est fatigué. Je transmets mes inquiétudes à son sujet, je redoute que le lien ne tienne plus. La grande précarité dans laquelle il se trouve mobilise toute son énergie et entrave le soin mis en place, Alpha n'est plus disponible psychologiquement. MSF formule une demande de mise à l'abri à la mairie de Paris, qui reste sans réponse.

Plusieurs semaines s'écoulent dans cette dynamique. Le 22 avril, je suis sollicitée par notre juriste dans le cadre de la procédure de saisine d'Alpha. Je l'ai contacté pour lui demander son accord dans la production d'un certificat psychologique. Ce jour-là, je rédige le certificat et le lui lis au téléphone avec mon collègue interprète en soninké. Alpha est très ému, il ponctue ma lecture de commentaires, exprimant son ressenti. L'interaction est relancée le temps d'un appel. L'accompagnement d'Alpha a duré pendant tout le confinement, il permet de témoigner des conséquences de la rue en cette période particulière. Il questionne le soin mis en place, contraint, car Alpha, mis en péril, est considérablement restreint. Il pose aussi la question du traumatisme : où commence-t-il ? Et surtout, comment peut-il s'arrêter pour ceux qui font l'expérience répétée et cumulée d'événements violents ?

Sadia Diloo, psychologue à MSF

**Le prénom a été modifié.*



Une infirmière bénévole reçoit un jeune afghan en consultation, janvier 2018, © Antoine Kremer/MSF

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En France, Médecins sans Frontières et Médecins du Monde constatent au quotidien les graves conséquences du non-accueil et des défaillances du système de protection de l'enfance sur la santé des mineurs non accompagnés.

Malgré des parcours de vie et d'exil souvent ponctués de violences et des conditions de vie très précaires à leur arrivée sur le territoire français, l'attention portée à leur état de santé par les autorités en charge de leur protection est largement insuffisante. Que ce soit lors des procédures d'évaluation de leur minorité et de leur isolement ou lorsqu'ils sont pris en charge par l'ASE, les besoins en santé de ces enfants ne sont pas toujours repérés et pris en charge.

Lorsque des besoins en santé sont identifiés, l'accès aux soins est entravé par des considérations

juridiques et administratives. La prise en charge médicopsychologique intervient tardivement, et peut être suspendue à tout instant, au gré des ruptures dans leur protection. Les parcours de soins sont chaotiques et l'état de santé des enfants se détériore.

Médecins du Monde et Médecins sans Frontières appellent les autorités françaises en charge de la protection des mineurs non accompagnés à mettre fin aux facteurs de dégradation de la santé de ces enfants. Pour cela, nos associations rappellent aux autorités compétentes qu'il est impératif de garantir aux MNA l'accès immédiat et inconditionnel à une protection au titre de l'aide sociale à l'enfance et le respect du droit universel à la santé, conformément aux dispositions de la CIDE, dont la France est signataire. Nos associations demandent à la France de respecter ses engagements :

RECOMMANDATIONS



► Respecter le principe de présomption de minorité et d'intérêt supérieur de l'enfant

Pour que soit garanti le droit des MNA à la santé et à l'accès aux services médicaux, nos associations exhortent la France à respecter le principe de présomption de minorité et d'intérêt supérieur de l'enfant jusqu'à ce qu'une décision judiciaire statue sur la situation en dernier ressort.

► Garantir l'accès immédiat et inconditionnel aux droits et aux soins

Nos associations préconisent également l'amélioration des politiques d'accueil et de protection en vue de garantir l'accès aux droits et aux soins des MNA. Elles recommandent à la France de faire bénéficier à toute personne se présentant comme MNA :

- D'un **accueil inconditionnel avec mise à l'abri immédiate**, dans le respect des normes relatives à la protection de l'enfance. Des mécanismes de contrôle quant au respect de cette obligation par les départements doivent être mis en place.
- D'un **temps de répit** permettant à l'enfant de se reposer, d'être mis en confiance, d'être informé dans une langue qu'il comprend des différentes formes de protection dont il peut bénéficier (dont l'asile) et des modalités pratiques de la procédure d'évaluation dans laquelle il est engagé.
- D'un accès immédiat à la santé et d'une attention médico-psycho-sociale par la réalisation d'un **bilan de santé systématique** et par l'**ouverture des droits** à une protection universelle maladie complète dès l'accueil provisoire d'urgence.
- D'une **évaluation pluridisciplinaire, bienveillante et objective** de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité et risques de danger auxquels l'enfant a été et est toujours exposé. Il s'agit de porter une attention particulière à son état de santé psychique et somatique mais aussi de s'assurer qu'il n'est pas sous l'emprise de personnes malveillantes ou de réseaux de traite et d'exploitation.

Par ailleurs, nos associations demandent :

- L'abrogation des méthodes non fiables d'évaluation de la minorité : tests médicaux d'évaluation de l'âge et utilisation du fichier AEM ;
- L'interdiction stricte de l'enfermement administratif des enfants accompagnés et non accompagnés, sur l'ensemble du territoire, en rétention comme en zone d'attente.

► Accompagner les MNA dans leurs parcours de soins

Nous préconisons enfin d'établir un protocole national de prise en charge des soins et de coordination des parcours de soins des MNA, prévoyant notamment un accompagnement dans le parcours de soins, un accès à l'information, à la sensibilisation et à la prévention, mais aussi l'accès systématique à l'interprétariat professionnel en santé.

SIGLES

AEM	Fichier d'appui à l'évaluation de la minorité
AME	Aide médicale de l'État
ASE	Aide sociale à l'enfance
CSS	Complémentaire santé solidaire
Caso	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
MNA	Mineur non accompagné
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse

ANNEXE

DÉROGATIONS LÉGALES À L'ARTICLE R1112-35 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE RELATIF À L'OBLIGATION DE RECUEIL DU CONSENTEMENT DU REPRÉSENTANT LÉgal DU MINEUR POUR PROCÉDER À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE.

L'article **R4127-42 du Code de santé publique** précise que « sous réserve des dispositions de l'article L1111-5, 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 ».

L'article **L1111-4 du Code de la santé publique** stipule que « dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, ou par la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables ».

L'article **L1111-5 du Code de la santé publique** précise que « 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. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

L'article **L1111-5 du Code de la santé publique** prévoit que « 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 no 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis ».

L'article **R1112-35 du Code de la santé publique** stipule qu'« en cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence. Toutefois, 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 ».

LES ASSOCIATIONS CONTRIBUTRICES

Médecins Sans Frontières (MSF)

Médecins Sans Frontières est une association humanitaire internationale d'aide médicale créée en 1971 à Paris par des médecins et des journalistes. Depuis cinquante ans, MSF apporte une assistance médicale à des populations dont la vie ou la santé sont menacées, en France ou à l'étranger. Médecins Sans Frontières est présente dans plus de 70 pays dans le monde, avec plus de 90 opérations d'assistance médicale.

L'association intervient auprès des personnes en migration, qui tout au long de leur parcours migratoire sont marginalisées, précarisées, exclues des soins et victimes de violences. MSF assiste les exilés en France, en Italie, en Serbie, en Bosnie, en mer Méditerranée, en Libye, en Grèce, en Égypte, au Pérou et au Mexique. Depuis 2016, en Libye, point de passage historique des routes migratoires vers l'Europe, MSF offre des soins de santé de base et un soutien psychosocial, notamment aux exilés et aux réfugiés victimes de violences et de tortures. En mer Méditerranée, les équipes de MSF dispensent des soins à bord d'un navire de recherche et de sauvetage aux rescapés depuis 2015.

MSF intervient en France depuis 1987 afin d'apporter une aide aux personnes exilées et aux personnes en situation de précarité. Depuis 2017, MSF concentre principalement son assistance sur les mineurs non accompagnés, censés bénéficier de l'Aide sociale à l'enfance et d'une mise à l'abri, mais qui en sont souvent exclus. MSF a ouvert en décembre 2017 à Pantin, en Seine-Saint-Denis, un centre d'accueil de jour qui offre aux jeunes une prise en charge pluridisciplinaire (juridique, psychologique, sociale et médicale). L'association a complété ce programme par l'ouverture de trois foyers : deux de 10 places destinées aux jeunes hommes ayant besoin d'un suivi pour des pathologies somatiques et/ou psychiques et un foyer de 10 places destinées aux jeunes filles. En janvier 2020, l'association ouvre un quatrième foyer pour mineurs non accompagnés à Marseille et développe des activités externes pour offrir des soins médicaux dans les squats où les jeunes sont mis à l'abri et pris en charge par des collectifs citoyens.

Depuis 2017, ce sont plus de 3 000 jeunes qui ont bénéficié d'une prise en charge par MSF, sur l'ensemble du territoire français.

Médecins du Monde (MdM)

Créée en 1980, Médecins du Monde est une association médicale de solidarité internationale engagée depuis quarante ans à soigner les populations les plus vulnérables et à témoigner des entraves constatées à l'accès aux droits et aux soins.

Nous nous battons par les actes et par les droits au travers de nos actions de terrain et de nos plaidoyers, en France au moyen de 59 programmes et à l'international dans une trentaine de pays. Sur le territoire français – France hexagonale et outre-mers –, nous développons des initiatives « d'aller vers » en direction de personnes parmi les plus précarisées, personnes vivant en squats, campements. Depuis 2015, Médecins du Monde développe des projets spécifiques auprès des MNA exclus des dispositifs de protection de l'enfance, à Nantes et à Toulouse. Par le biais de nos lieux d'accueil de jour, nous offrons à ces jeunes une écoute, des consultations médicales et sociales, des ateliers collectifs de soutien psychosocial et de prévention à la santé, de l'orientation et de l'accompagnement pour l'accès aux biens essentiels, aux droits et aux soins.

Nous accompagnons également des MNA dans le cadre de nos autres programmes partout en France, dans nos centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ou lors de nos maraudes auprès des personnes à la rue, en bidonvilles ou en squats, à Marseille, Lyon, Bordeaux, Saint-Denis, à la frontière franco-italienne ou encore sur le littoral du Nord-Pas-de-Calais.

En 2019, près de 1 320 MNA ont été accueillis dans les Caso et programmes spécifiques de Médecins du Monde.

Médecins du Monde : 84, avenue du Président Wilson 93210 La Plaine-Saint-Denis
Contact presse : Margaux Lesage, margaux.lesage@medecinsdumonde.net - 01 44 92 15 15



Médecins Sans Frontières : 14-34, avenue Jean Jaurès 75019 Paris
Contact presse : Serena Colagrande, msff-france-com@paris.msf.org - 01 40 21 29 29

