

documents

œuvre dans un climat vécu comme inquisitorial, au détriment d'une prise en charge psychosociale toujours nécessaire dans un tel contexte. L'important est de protéger les enfants, non de les discriminer, ce qui renforce le rôle d'écoute du corps médical, même requis aux fins d'expertise.

Annexe à l'avis n° 88 sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques

Contribution d'un membre du Comité.

Cette contribution concerne les réflexions éthiques.

Paragraphe 2 : la seconde phrase de ce paragraphe pourrait être ainsi libellée : «*Le premier, de médecin, dont on attend une réponse quantifiée accompagnée d'une marge d'erreur, destinée ou non à permettre une intervention thérapeutique, et le second, de sociologue, dont la réponse, plus qualitative, doit pren-*

dre en compte d'autres composantes de la personne examinée.

Paragraphe 3 : cette rédaction pourrait se substituer intégralement à celle qui figure dans l'avis. «*Les examens cliniques et/ou radiologiques effectués dans un but diagnostique et/ou thérapeutique pour une maladie, ne posent éthiquement le problème ni de leur indication, ni, pour les seconds, de la dose de rayonnement reçu, quand il sont effectués selon les bonnes pratiques.*

En revanche des examens cliniques et/ou radiologiques ordonnés dans le but de statuer sur les conditions de minorité ou de majorité d'une personne, pour des raisons juridiques, reposent fondamentalement la question de leur légitimité. Le problème de la dose de rayonnement reçu ne peut être retenu dans ce contexte, puisque pour la détermination d'un «âge osseux» il ne diffère pas sensiblement du rayonnement naturel. Mais l'examen radiologique en lui-même et

surtout l'examen clinique, qui en la circonstance va comporter l'examen des organes génitaux externes, peuvent être perçus comme une agression, de même que d'éventuelles investigations biologiques nécessitant des prélèvements sanguins. Si éthiquement il est conclu qu'ils sont indispensables à l'expertise médicale dont ne pourra se passer le juge dans sa prise de décision, ils devront alors être effectués après une information de la personne aussi éclairante que possible, le cas échéant grâce une tierce personne parlant sa langue, et selon une prise en charge préservant au maximum son intégrité physique et morale, et pour tout dire sa dignité.

Paragraphe 4 : une autre rédaction pourrait être :

«*Peut-on pratiquer, de manière intrusive, des examens à visée d'expertise médicale dont les résultats comportent une variance trop importante eu égard aux enjeux ? Si l'on peut comprendre le souhait*

d'un juge de pouvoir fonder sa détermination de l'âge chronologique d'une personne, par rapport à l'âge légal de la majorité, sur des éléments biométriques, il reste qu'il est du devoir du médecin commis comme expert de lui exprimer l'insuffisance des données de la science en ce domaine, laissant ainsi entendre au juge qu'il devra faire appel à d'autres données pour asseoir sa décision. Il conviendrait notamment d'attribuer un poids plus important aux comportements, face à l'âge chronologique. Cela est d'autant plus vrai que la protection à laquelle a légalement droit un mineur peut aussi s'appliquer, sous d'autres formes, à des personnes majeures dont les capacités de discernement sont altérées. En d'autres termes, la seule connaissance de l'âge légal aux approches de la majorité ne devrait pas permettre de juger en soi de l'autonomie d'action ou de la responsabilité d'une personne au plan juridique.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE. RAPPORT AU NOM D'UN GROUPE DE TRAVAIL * ÉMANANT DE LA COMMISSION IX 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

Jean-Louis Chaussain * *

Résumé

La lecture de l'âge osseux par la méthode de Greulich et Pyle permet d'apprécier avec une bonne approximation l'âge de développement d'un adolescent en dessous de 15 ans. Il existe cependant, même si elles sont relativement rares, des situations où l'âge de développement et âge réel comportent des dissociations. La double lecture de l'âge osseux (radio-pédiatre et endocrino-pédiatre) et l'examen du développement pubertaire en milieu spécialisé avec éventuellement un contrôle 6 mois plus tard, doivent augmenter la fiabilité de la détermination.

L'Académie nationale de médecine a été saisie, par une lettre du ministère de la Justice et du ministère de la Santé et des Solidarités en date du 8 mars 2006, du problème dit des «mineurs étrangers isolés». Ces deux ministères souhaitent des réponses sur l'une des difficultés ma-

jeures concernant la détermination de l'âge des jeunes gens présentés à la justice dans le cadre d'une procédure pénale ou d'une assistance éducative. Ils veulent connaître la bonne méthode d'évaluation de l'âge et obtenir une réponse concernant la validité de l'Atlas de Greulich et Pyle, savoir s'il existe un caractère variable selon les individus, notamment pour les populations d'Afrique, d'Asie et de l'Europe de l'Est.

L'Académie a créé un groupe de travail composé d'experts qui ont rédigé un rapport répondant aux questions posées.

1) Fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge

La lecture de l'âge osseux à partir d'une radiographie du poignet et de la main gauche par comparaison avec l'Atlas de Greulich et Pyle, de-

meure la méthode la plus simple et la plus fiable. Elle est la plus universellement utilisée sans difficultés connues. En particulier, aucune différence raciale n'a été démontrée à ce jour. Aux USA par exemple, il n'existe pas d'atlas séparés pour les différentes composantes raciales de la population.

Les autres méthodes de lecture de l'âge osseux allongent de façon très importante le temps de lecture sans apporter un gain significatif de précision. La radiographie panoramique dentaire est relativement précise avant 6 ans, au-delà la variabilité est plus grande que celle du poignet.

Cette lecture de l'âge osseux, par un lecteur entraîné, radio-pédiatre ou pédiatre spécialisé dans les anomalies de la croissance, permet dans la plupart des cas une évaluation à 6 mois près.

Il existe cependant des possibilités d'erreur. Certaines sont inhérentes à la méthode :

- difficultés chez le garçon pour la période 10-12 ans où la lecture de l'âge osseux doit être complétée par la mesure du volume testiculaire qui commence à augmenter au dessus de ses dimensions impubères (18 x 8 mm), à partir de 11 ans;
- difficultés dans les deux sexes au-delà de 15 ans, en particulier chez le garçon. Le Risser (radiographie de la crête iliaque) n'a que peu d'intérêt. Là encore, l'examen du développement pubertaire, complété au besoin d'une mesure de la hauteur utérine à l'échographie pelvienne chez la fille, renforcera la précision de la lecture.

D'autres possibilités d'erreur peuvent relever de variantes de la normale dans la chronologie de la puberté. En dehors de situations pathologiques bien particulières, maladies osseuses constitutionnelles notamment, les problèmes dans la

documents

tranche d'âge considérée peuvent provenir essentiellement de deux causes :

- la puberté prématurée chez la fille. Alors que l'âge moyen de début de la puberté est de 10 ans ½ - 11 ans, un nombre croissant de filles commence à présenter des signes pubertaires à partir de 8-9 ans;
- le retard simple de l'adolescence et de la puberté chez le garçon qui comporte un retard de maturation global portant à la fois sur la taille, le volume testiculaire et le développement pubertaire, et sur l'âge osseux.

2) Possibilités d'amélioration

Trois peuvent être retenues :

- la double lecture des âges osseux, dont une au moins obligatoirement par un spécialiste de radio ou endocrino-pédiatrique. Le panoramique dentaire ne constitue qu'un argument complémentaire en cas de discordances importantes;

- l'examen clinique du développement pubertaire en milieu spécialisé qui doit s'entourer des précautions qui se réfèrent aux règles de bonne pratique médicale et du respect de l'individu : mesure du volume testiculaire chez le garçon, échographie pelvienne chez la fille;
- l'évolution concordante des différents paramètres pendant une période de 6 mois est un moyen fiable de vérifier l'âge évalué lors du premier examen.

Communiqué

L'Académie nationale de médecine consultée, par lettre en date du 8 mars 2006, par les ministères de la Justice et de la Santé et des Solidarités, sur les «mineurs étrangers isolés» a confié à un groupe d'experts la rédaction d'un rapport répondant aux questions posées par ces deux ministères.

L'Académie

- confirme que la lecture de l'âge osseux par la méthode de Greulich et Pyle universellement utilisée, permet d'apprécier avec

une bonne approximation l'âge de développement d'un adolescent en dessous de 16 ans. Cette méthode ne permet pas de distinction nette entre 16 et 18 ans;

- rappelle qu'il existe cependant des situations relativement rares où l'âge de développement et l'âge réel comportent des dissociations, la plupart d'entre elles conduisant à une sous-estimation de l'âge réel en particulier chez les garçons;
- recommande la double lecture de l'âge osseux, par un radio pédiatre et un endocrinopédiatre;
- souligne que l'examen clinique en milieu spécialisé avec détermination du stade de développement pubertaire, et éventuellement contrôle 6 mois plus tard, augmente la fiabilité de la détermination.

L'Académie nationale de médecine souhaite, qu'en toutes circonstances, la personne «des mineurs étrangers isolés», soit respectée conformément à l'avis du Comité Consultatif National d'Éthique en s'entourant des précautions qui se réfèrent aux règles de bonne prati-

que médicale et du respect de l'individu.

Bibliographie

Greulich W.W., Pyle S.I. - Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. - 1 volume : Stanford University press, 1959. Avis du C.C.N.E. n° 88, Sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques, 23 juin 2005.

L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 16 janvier 2007, a adopté à l'unanimité le texte de ce rapport (moins deux abstentions).

Pour copie certifiée conforme,

Le Secrétaire perpétuel,

Professeur Jacques-Louis Binet

* Constitué de : MM. Michel Arthuis (président), Jacques Battin, Pierre Bégué, Pierre Canlorbe, Jean-Louis Chaussain (rapporteur), Michel Goldberg et Gabriel Kalifa (invités).

** Membre de l'Académie nationale de médecine.

RECOMMANDATION CM/Rec(2007)9 DU COMITÉ DES MINISTRES AUX ÉTATS MEMBRES SUR LES PROJETS DE VIE EN FAVEUR DES MINEURS MIGRANTS NON ACCOMPAGNÉS (ADOPTÉE PAR LE COMITÉ DES MINISTRES LE 12 JUILLET 2007, LORS DE LA 1002^{ÈME} RÉUNION DES DÉLÉGUÉS DES MINISTRES)

Le Comité des Ministres, en vertu de l'article 15.b du Statut du Conseil de l'Europe,

Considérant que l'objectif du Conseil de l'Europe est de parvenir à une plus grande unité entre ses membres;

Rappelant la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales de 1950 (STE n° 5) et ses Protocoles;

Rappelant la Charte sociale européenne (révisée) de 1996 (STE n° 163);

Rappelant la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains de 2005 (STCE n° 197);

Rappelant la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant de 1989 et ses deux Protocoles facultatifs;

Rappelant la Convention des Nations unies relative au statut des

réfugiés de 1951 et son Protocole de 1967;

Rappelant la Convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée de 2000 et ses deux Protocoles;

Eu égard à l'Observation générale n° 6 (2005) du Comité des droits de l'enfant des Nations unies relative au traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine;

Eu égard aux Principes directeurs inter-agences relatifs aux enfants non accompagnés ou séparés de leur famille adoptés par le Comité international de la Croix-rouge (CICR), le Haut-Commissaire des Nations unies pour les réfugiés (HCR), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'International Rescue Committee (IRC), Save the Children Royaume-Uni (SCUK) et World Vision International (WVI) en 2004;

Eu égard aux Directives du Haut-Commissaire des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) de politiques et procédures dans la prise en charge des enfants non accompagnés en quête d'asile de 1997 et les Directives du UNHCR sur la détermination formelle de l'intérêt supérieur de l'enfant de 2006;

Prenant en considération la Recommandation 1596 (2003) de l'Assemblée parlementaire relative à la situation des jeunes migrants en Europe et la Recommandation 1703 (2005) relative à la protection et à l'assistance pour les enfants séparés demandeurs d'asile;

Eu égard aux Vingt Principes directeurs sur le retour forcé adoptés par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe en 2005;

Prenant en considération la Déclaration de bonne pratique du programme en faveur des enfants séparés en Europe adoptée par l'AI-

liance internationale Save the Children et le Haut-Commissaire des Nations unies pour les réfugiés en 2004;

Tenant compte des travaux de la Conférence régionale du Conseil de l'Europe sur les migrations des mineurs non accompagnés : agir dans l'intérêt supérieur de l'enfant, organisée à Málaga (Espagne), les 27 et 28 octobre 2005, et notamment de ses conclusions;

Considérant que dans les États membres du Conseil de l'Europe ou à leurs frontières un nombre croissant de mineurs migrants non accompagnés se trouvent seuls, en situation de vulnérabilité, loin de leur environnement familial, séparés de leurs parents ou de leurs proches, et exposés à des risques multiples;

Considérant que les politiques d'immigration en général, et notamment en ce qui concerne les mineurs migrants non accompagnés, deman-