# « Ces adolescents qui viennent d'ailleurs »

## Compte rendu du 10e congrès annuel de la section européenne de l'association internationale de la santé de l'adolescent (IAAH). Paris. 5 septembre 2003

Chantal Stheneur

Hôpital Ambroise Paré, 9, avenue du Général de Gaulle, 92100 Boulogne
<chantal.stheneur@apr.ap-hop-paris.fr>

**Résumé**
En septembre 2003, s'est tenue à Paris la réunion annuelle du réseau européen de l'IAAH *(International Association for Adolescent Health)*. Le thème de ce 10e congrès était : « Ces adolescents qui viennent d'ailleurs ». Il a porté sur les spécificités des adolescents déracinés et de leur prise en charge par les professionnels de l'éducation ou de la santé. Parmi les interventions, une large majorité développait les difficultés rencontrées de plus en plus souvent par les mineurs étrangers isolés, ces jeunes sans représentant légal sur le territoire français. Nous avons choisi dans cette revue de ne parler que des interventions les concernant.

**Mots clés :** mineur isolé, enfant étranger

### Qui sont ces adolescents et pourquoi arrivent-ils en Europe ?

La définition donnée au terme de mineur isolé est large, elle regroupe tout enfant de moins de 18 ans en dehors de son pays d'origine, séparé de ses deux parents et sans adulte responsable de lui. Le Programme pour les enfants séparés en Europe (PESE) estime qu'il y a actuellement 100 000 mineurs isolés en Europe [1].

L'origine de ces enfants est multiple. En effet, depuis la deuxième guerre mondiale, de nombreuses régions du globe sont instables et les personnes les plus touchées par les guerres sont les enfants. Il existe une augmentation du fossé entre les pays riches et les pays pauvres, et une majoration importante du trafic et de l'exploitation des enfants. Ces enfants arrachés à leurs parents ou vendus par eux, deviennent des esclaves de l'industrie du sexe, des esclaves au sein des foyers pour les travaux domestiques, ou encore des esclaves dans des ateliers clandestins. Certains sont utilisés pour le trafic de drogue ou pour commettre des délits comme les fraudes à la carte de crédit, certains encore sont forcés à mendier.

D'après le PESE, en 2001 seuls 3,9 % des mineurs isolés trouvaient leur chemin vers l'Europe. À l'arrivée, 27 % sont des filles. Le pays d'origine détermine le plus souvent le pays d'ar-

mtp

Tirés à part : C. Stheneur

rivée, ainsi les mineurs d'Afghanistan vont préférentiellement en Allemagne, ceux du Rwanda en Belgique, ceux d'Angola en Hollande, ceux de Sierra Leone en Suisse et ceux de Somalie en Norvège.

En France, l'enquête de 2002 menée auprès des conseils généraux et des services de l'ASE nous permet de connaître un peu les caractéristiques démographiques de ces mineurs [2].

De 1999 à 2001, 3 568 mineurs isolés étrangers (MIE) ont été présentés aux services de l'ASE de 49 départements, dont 55 % durant la seule année 2001. Petit à petit, tous les départements sont touchés par cet afflux même si les départements frontaliers comme le Nord (59) ainsi ceux d'Île-de-France (en particulier la Seine-Saint-Denis) le sont plus que les autres.

En 1999, on dénombrait 30 nationalités parmi les MIE, en 2001 elles étaient 75. Les cinq pays d'origine les plus représentés étaient : la Roumanie (16,76 %) ; la Chine (12,83 %) ; le Maroc (11,05 %) ; l'Albanie (7,19 %) et le Congo (6,52 %). Sur la même année, les statistiques de l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) sont différentes, en effet, les demandeurs d'asile sont prioritairement originaires d'Asie (36,5 %) puis d'Afrique (33 %) puis d'Europe (28,5 %, surtout de Turquie et de Moldavie) et enfin d'Amérique. Les mineurs originaires du Maghreb sont quasi absents des demandeurs d'asile, il en va de même pour les Roumains.

L'enquête menée à l'ASE montre que les trois quarts des MIE sont âgés de 15 ans et plus. Pour les plus âgés, se pose très rapidement la question de la véracité de leur minorité. Ce sont eux qui posent le plus de problèmes de prise en charge car le temps d'évaluation et de démarches avant leur majorité est très restreint.

On peut classer les MIE en cinq catégories même si ces catégories sont forcément arbitraires et se recoupent très souvent :

– Les exilés : ils viennent de régions en guerre, leurs parents sont le plus souvent morts ou bien ont disparu.

– Les mandatés : ils sont incités à partir par leurs proches pour échapper à la misère et envoyer de l'argent à la famille restée au pays.

– Les exploités : ils sont aux mains de trafiquants avant même leur arrivée en France.

– Les fugueurs.

– Les errants : ils étaient déjà en situation d'errance dans leur pays et ont décidé de tenter leur chance dans un pays riche.

Au regard du traitement social de la situation des MIE, la présence des « exilés » apparaît le plus souvent légitime et la « demande d'asile » la réponse la plus évidente. Les autres mineurs sont souvent soupçonnés d'être manipulés et la réaction à leur propos très ambivalente. Le terme « enfance en danger » est alors remis en cause d'autant qu'ils ne sont pas eux-mêmes demandeurs de protection.

## Les solutions d'accueil

En France, la plupart des mineurs isolés sont livrés à eux-mêmes, habitant en général seuls dans la rue, dans des squats, des gares... Ils sont parfois prostitués, drogués, incités à prendre de l'alcool, glissant vers la délinquance. Dans le cadre de la mission « sans domiciles fixes », lors de maraudes du soir, Médecins du monde rencontre depuis quelques mois de plus en plus de mineurs isolés en errance dans les rues de la capitale [27]. Le choix de cette mission a été de garder un lien privilégié avec un certain nombre de jeunes pour mieux comprendre leurs difficultés et les amener vers les structures d'accueil et de protection de l'enfance.

Deux établissements spécifiques pour accueillir les mineurs isolés ont été ouverts par le ministère de la Solidarité. L'un en 1999, situé à Boissy Saint Léger (94) est réservé aux jeunes de 16 à 18 ans demandeurs d'asile, il est confié à la FTDA (France Terre d'Asile). Ces jeunes sont confiés par l'ASE. L'autre, à Taverny (95), ouvert en 2002, est réservé aux jeunes sortant de la zone d'attente de l'aéroport Roissy Charles-de-Gaulle [3]. Les jeunes sont placés par le juge des enfants du tribunal de Bobigny, après une période de détention de 20 jours maximum. Chaque centre a une capacité d'accueil de 30 jeunes.

Sur 120 mineurs accueillis entre 2002 et août 2003, 33 ont été placés ensuite en établissement, 13 ont été remis à leur famille dont un retour au pays, 30 étaient encore au centre et 44 avaient fugué, surtout de nationalité chinoise probablement pour poursuivre leur voyage.

Depuis 2002, tout mineur libéré à l'audience du tribunal est présenté devant le parquet des mineurs qui le fait entendre par le Service éducatif auprès de tribunal (SEAT). Ces dispositions ont permis que tous les mineurs relâchés aient une audience qui leur apporte des éléments de compréhension sur leur statut, les diverses responsabilités des institutions. Avant 2002, des passeurs se trouvaient à la sortie des audiences pour « prendre en charge » les mineurs relâchés.

Depuis trois ans, le service Mineurs d'Enfants du Monde – Droits de l'Homme, accueille et oriente les mineurs étrangers isolés en errance à Paris et limitrophe [4]. La plupart de ces enfants sont victimes de la traite des êtres humains. En majorité des garçons, ils sont l'aîné de la famille. Sur 259 enfants suivis entre octobre 2002 et juillet 2003, 33 % venaient de l'Afrique noire et du Maghreb, 39 % de l'Europe de l'Est et 28 % d'Asie.

Après leur prise en charge, 30 % ont été placés, 19 % sont partis à l'étranger (pays d'origine ou regroupement familial), 24 % sont en cours de suivi et 27 % sont perdus de vue (en majorité de jeunes Roumains).

Les causes de leur présence sur le territoire français sont diverses : enfants « trafiqués » (ramassés, vendus, volés, loués ou à qui on a promis un travail lucratif) ;

réfugiés politiques ; réfugiés économiques, soit pour envoyer de l'argent à la famille, soit pour en être la fierté.

La part des mineurs étrangers sans domicile fixe et sans référents parentaux dans les présentations au Service éducatif auprès du tribunal est très forte. Sur 1 657 mineurs présentés en 2002, 632 soit 38 % étaient des mineurs étrangers isolés, dont 522 venaient de l'Europe de l'Est. Ils sont souvent placés dans des foyers d'hébergement collectif (foyer PJJ ou appartenant au secteur associatif et habilité par la PJJ) [7]. Il est très difficile de les « apprivoiser ». Pour cela deux points d'accroche sont repérés : la santé avec un bilan proposé, et l'insertion scolaire et professionnelle avec un apprentissage de la langue, de la culture française, des moyens de se débrouiller...

Mais se pose bien sûr le problème de la capacité d'accueil des centres et de l'avenir que nous pouvons proposer à ces jeunes.

## Quelle protection pouvons-nous leur apporter ?

### *La protection judiciaire*

En France, la détermination de l'âge chronologique a des retombées immédiates sur les mesures judiciaires entreprises suite à une infraction pénale ou à une interpellation en situation irrégulière. En effet, la reconnaissance de la minorité a pour effet de conférer le droit à la protection due à tout enfant, alors que sa majorité le rend responsable et expulsable [5, 6].

Les méthodes d'estimation tiennent compte de : l'entretien (si besoin avec un interprète), un examen clinique (en particulier le développement pubertaire), l'âge osseux (par une radiographie de la main et du poignet gauche), l'âge dentaire (par un panoramique dentaire, cette méthode étant surtout intéressante avant 15 ans [13]). Tous ces examens permettent une estimation imprécise et cette imprécision augmente avec l'âge. Dans une estimation de l'âge osseux d'un sujet, on compare sa radiographie à des clichés standardisés tirés de l'observation d'un grand nombre d'individus bien portants d'une population donnée à un temps donné. À titre d'exemple, la méthode de Greulich et Pyle a été établie à partir de l'étude d'une population américaine d'origine caucasienne et de niveau socio-économique élevé dans les années trente. En pratique, la radiographie d'un patient n'est jamais comparée avec sa population de référence, ce qui constitue une source d'erreurs dans l'interprétation des clichés, en particulier pour les étrangers pour lesquels nous n'avons pas de population de référence et qui souffrent de carences nutritionnelles dont l'impact négatif sur la maturation osseuse est bien connu. La réponse faite au magistrat est alors souvent une fourchette englobant la majorité. Un bon nombre de jeunes se retrouvent « mineurs-majeurs », n'ayant ni les droits des enfants, ni ceux des adultes.

### *La protection médicale*

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a mis en place des dispositifs destinés à permettre l'accès au droit et donc l'accès aux soins [8] :

- Un droit immédiat à l'assurance-maladie maternité pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire français : CMU de base.
- Un droit, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite : CMU complémentaire.
- Un accès aux soins, sous conditions de ressources, pour les personnes en situation irrégulière : l'AME.

Lorsqu'un mineur d'origine étrangère arrive seul, mais est confié à une personne majeure, il peut bénéficier de la protection sociale de cette personne. Mais, la caisse d'affiliation doit s'assurer que le placement présente un caractère permanent et durable et que la famille d'accueil assure la charge effective et bénévole de l'enfant.

Un mineur isolé confié à l'ASE ou la PJJ est assimilé aux pupilles de l'État. Il est donc affilié de plein droit à la CMU de base et complémentaire.

Un mineur isolé âgé de plus de 16 ans peut être considéré comme en situation de rupture familiale et être affilié à titre personnel à la CMU de base et complémentaire.

Un mineur isolé âgé de moins de 16 ans n'est pas en situation irrégulière puisqu'aucun titre n'est exigible pour un mineur, il ne peut donc relever de l'AME. Il ne peut pas être assuré à titre personnel. De plus, ces jeunes ne sont souvent identifiés que lorsqu'ils ont besoin de soins et disparaissent avant d'avoir régularisé leur situation.

## Les problèmes de santé

À la consultation de médecine de l'adolescent de Genève, 14 % des consultations sont des jeunes souffrant de déracinement [9]. Ils consultent en premier lieu pour des symptômes physiques non spécifiques (céphalées, douleurs abdominales, fatigue) et des maladies chroniques comme les autres adolescents. Dans leur histoire personnelle, nous retrouvons dans 61 % des cas un stress majeur : 47 % ont un des parents absents, 34 % un des parents est gravement malade (1 sur 2 pour un problème psychiatrique) et pour 17 % un des parents est décédé.

Au COMEDE (Comité médical pour les exilés, au Kremlin-Bicètre, en région parisienne), entre juin 2002 et juin 2003, 85 mineurs de plus de 13 ans ont été accueillis [10]. La moitié étaient isolés. En dehors des problèmes de santé ordinaires (ORL, gastro...), les médecins ont retrouvé une symptomatologie de névrose traumatique dans près de la moitié des cas. Parmi ces jeunes, beaucoup avaient subi des sévices au pays, et quelques-uns au cours du voyage ou lors des premiers mois en France. Un quart avait une parasitose intestinale et/ou une hyperéosinophi-

lie. Sept cas d'hépatite B chronique persistante ont été dépistés. Deux jeunes Congolais souffraient d'une crise de paludisme.

Les jeunes incarcérés au centre des jeunes détenus de Fleury Mérogis et en situation irrégulière viennent en majorité d'Europe de l'Est. Sur 25 jeunes incarcérés dans les 6 premiers mois de 2003, 20 ont accepté l'examen médical et les sérologies virales [14]. Sur les 20, 8 ont eu une hépatite B, aucun cas d'hépatite C ou de Sida. Leur consommation de cannabis semble inférieure à celle des autres mineurs incarcérés. Parmi leurs antécédents : des traumatismes physiques, des traces de violences subies, voire des automutilations.

Les problèmes psychiatriques sont fréquemment rencontrés : troubles dépressifs avec somatisation, fatigue, douleurs, psychose chez l'un d'entre eux [16]. Les facteurs de risque de problèmes psychiatriques sont :

– d'origine parentale : le décès des parents, la séparation d'avec les parents, la sous-estimation du stress des enfants par les parents, parents restant en état de dépendance, dépression parentale ou syndrome post-traumatique.

– d'origine des enfants : nombre d'évènements traumatisants, maladie somatique, âge avancé.

– d'origine environnementale : nombre de transitions, pauvreté, isolement culturel, expérience des camps de réfugiés, durée d'hébergement dans le pays hôte.

La question de l'identification de la dépression chez un adolescent est un problème difficile de sémiologie [17]. Il est d'autant plus difficile en situation transculturelle, imposant une réflexion sur la pertinence des approches cliniques. La clinique transculturelle nous offre à ce titre un modèle de réflexion pertinent pour penser l'expérience dépressive et ses expressions. La variété des expressions symptomatiques de la dépression est une donnée à présent reconnue. Appliquer systématiquement un modèle occidental prééminent dans l'approche diagnostique de la dépression risque d'entraîner une négligence de toute une partie des patients pour lesquels l'expression, la langue d'expression, et les modèles culturels les tiennent exclus de nos shèmes et représentations.

À l'hôpital Robert Debré, des médiatrices interculturelles accueillent les familles ou les adolescents isolés [21]. Leur équipe est composée de 8 médiatrices : 5 Africaines, 2 Tamouls et 1 Chinoise. Ces médiatrices jouent souvent un rôle de « grande sœur » dans le respect du secret des mineurs. Elles facilitent la communication avec tous les professionnels (médecins, infirmiers, sages-femmes, diététiciens, psychologues, assistante sociale...) pour l'annonce des diagnostics, l'explication des traitements, les régimes à suivre, les démarches administratives ou sociales...

Le département de Seine-Saint-Denis a accueilli de 1998 à juin 2003 1 166 mineurs isolés étrangers de 22 nationalités [23]. Dans ce département, il a été décidé que tout mineur isolé était en danger et nécessitait donc une mesure de protection de l'enfance. Ils sont donc confiés à l'aide sociale à l'enfance par ordonnance de placement. Les jeunes sont accueillis en foyers ou chez des assistantes maternelles. Un bilan médical est effectué par la CPAM de Bobigny.

Les problèmes somatiques sont souvent lourds : malnutrition, maladie contagieuse...

Les difficultés psychologiques dépendent de nombreux facteurs : l'exposition à la violence, à la famine, l'errance ou la survie difficile, la perte ou la disparition d'un parent, les expériences difficiles à l'arrivée. Une quasi-constante est la perte de confiance en l'adulte. Les troubles liés à leur parcours n'apparaissent que quelques mois après leur arrivée. Ils connaissent alors une phase de décompensation, d'angoisse. Le processus de deuil de leur situation antérieure va s'enclencher et leur permettre de se reconstruire une identité dans un cadre nouveau.

Au cours de ce processus, le jeune peut avoir plusieurs attitudes : la séparation avec refus d'adaptation, l'intégration et l'assimilation. Le surinvestissement scolaire est assez souvent constaté. Il serait un déni de l'identité.

L'important est de pouvoir mettre en place un projet individualisé et, en premier lieu, l'accompagnement vers l'obtention d'un statut. Le plus souvent, la demande d'asile est une démarche trop longue et trop aléatoire, et l'ASE se tourne vers une demande de nationalité française quand le jeune le souhaite.

## La formation

En France, la scolarité est obligatoire jusqu'à 16 ans quel que soit le statut social et juridique du jeune [24]. Les mineurs étrangers isolés de moins de 16 ans sont donc tenus d'être inscrits dans un établissement scolaire, ce qui n'est pas sans poser des problèmes à l'Éducation nationale. Dans le primaire, les élèves sont intégrés dans les classes en fonction de leur âge. Ils peuvent être regroupés en classe d'initiation (CLIN).

Pour les élèves de plus de 11 ans, des tests sont effectués qui permettent une évaluation précise de leur niveau scolaire. Ces tests peuvent être réalisés dans la langue d'origine afin de préciser les connaissances de l'élève. Les compétences en français sont aussi évaluées.

À la suite de ces tests, les adolescents sont orientés dans des classes spécifiques ou du cursus normal.

Pour les plus âgés qui veulent faire une formation afin de préparer leur avenir, la situation est beaucoup plus compliquée [25]. En effet, un mineur étranger n'est pas tenu de posséder un titre de séjour, mais cela n'est pas vrai s'il veut travailler. Or, les formations professionnelles sont considérées comme des contrats de travail. Pour accorder ou refuser le droit au travail à un mineur, l'administration compétente étudie son droit au séjour par anticipation de

la majorité. Dans le cas des mineurs isolés, seuls les demandeurs d'asile peuvent prétendre à l'obtention d'un titre de séjour permettant l'exercice d'une activité salariée. La seule alternative est l'autorisation provisoire de travail qui à titre dérogatoire peut permettre à des jeunes de 16 à 18 ans de poursuivre une formation. Dans les faits, ces autorisations sont peu demandées car les démarches sont lourdes et les services éducatifs sont peu rodés. Tout cela contribue à maintenir le jeune dans une situation précaire, à un âge où il a besoin de construire son avenir. C'est sans doute pour cela que certains services éducatifs orientent très facilement les mineurs isolés vers l'acquisition de la nationalité française sans toujours en mesurer les implications psychologiques pour le jeune.

Au total, l'accueil des mineurs isolés étrangers est un problème de plus en plus prégnant dans tous les pays européens. Il pose le problème non seulement de leur protection et de leur hébergement immédiat mais aussi de leur avenir sanitaire, juridique et d'insertion. Si nombre d'organismes gouvernementaux et d'associations se mobilisent, ces jeunes sont encore mal connus et les difficultés de leur prise en charge extrêmes. Le regroupement des expériences et parfois des moyens permettrait d'améliorer nos pratiques auprès de ces jeunes particulièrement fragilisés.

## Annexe
## Programme du congrès

### *Qui sont ces adolescents ? Pourquoi arrivent-ils en Europe ?*

1. Terry Smith : conseiller du programme des Enfants séparés en Europe. *Le contexte.*
2. Angelina Etiemble : sociologue, chargée d'études à QUESTUS. *Caractéristiques démographiques des mineurs isolés, étrangers, accueillis à l'Aide sociale à l'enfance et trajectoires migratoires.*
3. Jean-Claude Nicolle : directeur du lieu d'accueil et d'orientation de Taverny (95). *Mission de l'établissement.*
4. Marie-Claire Vallaud : Enfants du Monde – Droit des Enfants. *Les mineurs étrangers isolés et le dispositif de prise en charge qui leur est destiné.*

### *Les problèmes juridiques et les voies d'accès aux soins*

5. Patrice Blanc : secrétaire général de l'institution Défenseur des Enfants. *Mineurs étrangers isolés ou non : enjeux actuels.*
6. Geneviève Lefebvre : juge des enfants au tribunal des enfants de Paris. *Quelle protection pour les « irréguliers » ?*
7. Jean-Pierre Valentin : directeur départemental de la Protection judiciaire de la jeunesse de Paris (PJJ). *Complexité de prise en charge de ces mineurs.*
8. Isabelle Bouille. Direction du risque maladie (CNAMTS). *Accès aux soins en France.*

### *Les questions médicales et leur prévention*

9. Marianne Caflish : pédiatre, consultation de médecine pour adolescents, département de pédiatrie, hôpital universitaire, Genève, Suisse. *Ces mineurs adolescents qui viennent d'ailleurs et qui viennent nous voir.*
10. Arnaud Veïsse. Médecin coordinateur du Comité médical pour les exilés (COMEDE). *Prévention et soins médicaux pour des mineurs.*
11. Nicole Athéa : gynécologue, Paris, Centre régional d'information et de prévention sur le Sida (CRIPS). *Engagement dans la vie sexuelle : approche transculturelle de la prévention.*
12. Mariann Grufman : pédiatre, Göteborg, Suède. *Mutilations sexuelles féminines, aspects pratiques et organisation en Suède.*
13. Caroline Rey : pédiatre, médecin légiste, UMJ Trousseau, Paris. *Détermination de l'âge chronologique chez le mineur isolé : intérêts et limites.*
14. Isabelle Roustang : médecin responsable du Centre des jeunes détenus de Fleury Mérogis. *Pathologies rencontrées chez les adolescents nouvellement arrivés en France et incarcérés.*
15. Kristina Berg-Kelly : médecin, Suède. *Ressenti de la santé vis-à-vis de la sexualité de l'alcool, et de la drogue : différences entre suédois d'origine et immigrants à différentes périodes.*

### *La santé mentale enjeu : en prendre soin*

16. Mina Fazel : pédopsychiatre, Oxford, Grande-Bretagne. *Mental health in refugee adolescents.*
17. Anne Revah-Levy : pédopsychiatre, Hôpital Avicenne, Bobigny. *Clinique de la dépression chez ces adolescents.*
18. Margarida Gaspar de Matos : psychologue, Portugal. *Comportement vis-à-vis de la santé : scénarios de risques et de protection dans un groupe d'adolescents non portugais.*

### *Médecine interculturelle : comprendre les symptômes, améliorer la qualité des soins. Rôle des médiateurs*

19. Pierre Coslin : professeur de psychologie de l'adolescent à l'université René Descartes Paris 5. *Déscolarisation et culture.*
20. Jon Cook : anthropologue au CERMES, Paris. *La prise en charge de la douleur dans la drépanocytose : les regard des adolescents et leurs familles sur le personnel de santé dans la région parisienne.*
21. Korotoumou Sylla, Assetou Wague : médiatrices culturelles, Hôpital Robert Debré, Paris. *Le travail des médiatrices interculturelles auprès des adolescents :*

*l'exemple de la prise en charge de l'école de l'asthme et des grossesses de l'adolescente.*

22. Jean-Claude Métraux : pédopsychiatre, ancien directeur de l'association Appartenances à Lausanne, Suisse. *La médiation culturelle : favoriser le double deuil des soignants et des familles.*

### Que deviennent-ils ?

23. Elisabeth Coletta : attachée chargée de l'Observatoire et du shéma conjoint de protection de l'enfance (Aide sociale à l'enfance du 93). *La complexité de prise en charge dans le dispositif et la question du statut du mineur.*

24. Catherine Smith : mission d'insertion générale de l'Education nationale (MGEN 94). *Problèmes d'insertion scolaire.*

25. Catherine Bourgeade : service social d'aide aux émigrants (SSAE). *Problèmes d'accès au travail.*

26. Association Pierre Ducerf. *EQUAL : projet européen d'intégration des mineurs chinois.*

27. Graciela Robert : responsable de la mission Sans domicile fixe à Médecins du Monde, Paris. *Le risque de l'errance.*