



Table des matières

Introduction	2
I] Présentation de Médecins du Monde.....	3
II] Nos principaux constats sur l'état de santé des MNA se présentant dans nos programmes	3
A. Sur le plan de la santé somatique	4
B. Sur le plan de la santé psychique	5
C. Causes et facteurs de risques.....	6
III] Un « premier accueil » défaillant des MNA au titre de la protection de l'enfance	8
A. Une mise à l'abri dans le cadre du recueil provisoire d'urgence loin d'être systématique et dans des conditions hétérogènes.....	8
B. L'absence de prise en compte et d'accès aux soins pendant la procédure d'évaluation 11	
C. Une évaluation de la minorité subjective, qui ne repose sur aucun élément fiable et qui est souvent faite à charge.....	13
IV] MNA en recours, un statut qui fait obstacle à l'accès aux soins et aux droits	17
A. L'affiliation à la protection maladie.....	18
B. Un accès aux soins difficile en l'absence de tuteurs légaux.....	19
V] Une fois confié·e·s à l'ASE, la prise en charge des MNA demeure hétérogène.....	22
Conclusion et recommandations	25

Introduction

La protection des MNA est prévue tant par les textes internationaux que par le droit interne¹. Ces textes assurent à l'enfant un ensemble de droits et de garanties, tels que le droit à la non-discrimination, le droit de vivre en famille, le droit à la reconnaissance de son identité, le droit à la sécurité, le droit à la santé, le droit à l'éducation, la protection contre l'enfermement et l'expulsion.

En France, les mineur·e·s non accompagné·e·s (MNA), privé·e·s temporairement ou définitivement de la protection de leur famille, relèvent de la protection de l'enfance et donc des Conseils Départementaux, comme tout enfant en danger, sans condition de nationalité.

A l'heure actuelle, il n'existe aucune donnée fiable sur le nombre précis de mineur·e·s non accompagné·e·s présent·e·s sur le territoire, comme l'a récemment rappelé la Cour des Comptes dans son rapport publié en novembre 2020. Selon le rapport d'activité 2019 de la mission MNA de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), 16 760 personnes déclarées MNA entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019 ont été portées à la connaissance de la cellule. En comparaison, elles étaient 17 022 en 2018 et 14 908 en 2017. Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020, 9 524 MNA ont été confié·e·s aux Conseils Départementaux par décisions judiciaires². Le nombre de MNA pris·e·s en charge à l'Aide Sociale à l'Enfance au 31 décembre 2019 est estimé à 31 009 par les ministères³.

Médecins du Monde tient à rappeler l'**ampleur relative du phénomène des MNA, qui ne représentent qu'une faible part de l'ensemble des mineur·e·s et jeunes majeur·e·s accueilli·e·s à l'Aide Sociale à l'Enfance** (au 31/12/2019, le nombre de MNA pris·e·s en charge était estimé à 31 009. Il·elle·s représentent un peu plus de 16% des 189 200 enfants et jeunes majeur·e·s accueilli·e·s à l'ASE à cette même date⁴).

En France, les MNA sont pour la plupart des garçons, et la majorité d'entre eux·elles a entre 15 et 17 ans. Les principaux pays d'origine sont ceux d'Afrique subsaharienne (Mali, Guinée, Côte d'Ivoire, Cameroun, RDC, Nigéria), mais les MNA sont également originaires d'Afghanistan, du Pakistan, du Bangladesh, d'Erythrée ou du Soudan.

Les MNA ont des profils variés et complexes. Les raisons pour lesquelles ces enfants se retrouvent sur les routes de l'exil sont multiples et souvent cumulatives : fuyant la guerre, les violences ou les discriminations, il·elle·s cherchent un avenir meilleur. Un certain nombre d'entre eux·elles ont déjà de la famille en Europe, qu'il·elle·s viennent rejoindre.

Chez Médecins du monde, nous rencontrons principalement des enfants et adolescent·e·s démun·e·s, perdu·e·s, abîmé·e·s par leurs parcours de vie, leurs parcours migratoires, leurs conditions d'accueil à leur arrivée en France et le refus des autorités de croire leur parole et leurs documents d'identité. Faute d'un véritable dispositif d'accueil, un·e mineur·e se

¹ Article 20 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, article 24 de la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne, article L. 112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

² [Statistiques MNA 2020](#) de la mission MNA de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ).

³ Voir réponse à la question écrite : <https://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-26140QE.htm>

⁴ Nombre d'enfants et de jeunes majeur·e·s accueilli·e·s en protection de l'enfance en France, selon l'Odas : <https://odas.net/sites/default/files/documents/odas/2020-12/lettre-finances-odas-2019.pdf>

présentant comme étant non accompagné-e ne bénéficie pas toujours des conditions nécessaires à sa protection immédiate : l'accès à un hébergement à l'hygiène et à la nourriture, un temps de répit, une attention portée à sa santé et une information sur ses droits.

I] Présentation de Médecins du Monde

Médecins du Monde est une association médicale militante engagée depuis 40 ans à soigner les populations les plus vulnérables et à témoigner des entraves constatées quant à l'accès aux soins.

Médecins du Monde a 3 programmes dédiés aux enfants et adolescent·e·s non accompagné·e·s en France : à Paris, à Caen et à Nantes. Il·elle·s offrent des permanences d'accueil et un accompagnement médico-psycho-social des mineur·e·s non encore ou non pris·e·s en charge par les dispositifs de protection de l'enfance (avant l'évaluation, ou dont la minorité ou l'isolement n'ont pas encore été reconnus). Par le biais de nos lieux d'accueil de jour, nos équipes proposent 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.

Un des principes fondamentaux que nous souhaitons rappeler ici est que les **MNA sont avant tout des enfants et adolescents en danger qui doivent être protégés sans discrimination** et qu'en conséquence, **leur prise en charge doit être assurée par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance**. Ainsi, les **MNA doivent bénéficier de conditions d'accueil et de prise en charge équivalentes à celles proposées aux mineurs en danger français**. Pour cela, nous préconisons de **renforcer les moyens humains et financiers des services de l'ASE** pour assurer la protection de l'ensemble des enfants en danger.

II] Nos principaux constats sur l'état de santé des MNA se présentant dans nos programmes

En 2019, près de 1 320 MNA ont été accueilli·e·s dans les CASO et programmes spécifiques de Médecins du Monde. Les deux tiers des mineur·e·s rencontré·e·s étaient des garçons, originaire d'Afrique Sub-Saharienne à 97%, primo-arrivant·e·s ou non-reconnu·e·s MNA à l'issue d'une évaluation qui ne prend pas en compte leur état de santé.

Les conditions de logement de ces mineur·e·s sont particulièrement dégradées, la majorité d'entre eux·elles sont sans domicile fixe ou vivent dans des squats ou bidonvilles. Ainsi, sur les 201 MNA reçu·e·s par le programme MNA de Médecins du Monde à Nantes en 2019, 62% étaient en situation de rue et 22% occupaient un logement sans bail (squats).

Parce qu'il·elle·s ont fait l'expérience de parcours migratoires parfois longs, éprouvants et dangereux et qu'il·elle·s ont dû survivre dans des conditions de forte précarité lors du trajet

ou à leur arrivée en France, ces enfants et adolescent·e·s **constituent un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires et aux troubles post-traumatiques.**

Alors même qu'il·elle·s sont en France depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois, la plupart n'a encore jamais bénéficié d'une consultation médicale ou d'examens de dépistage : en 2020, sur les 116 MNA rencontré·e·s par le programme MNA de Médecins du Monde à Paris, 66 ont déclaré ne pas avoir bénéficié de soins ou d'un bilan de santé depuis leur arrivée en France. A Nantes, le constat est identique : sur les 171 situations renseignées par le programme MNA en 2019, 97 ont déclaré ne pas avoir bénéficié de soins ou d'un bilan de santé depuis leur arrivée.

Pourtant, il·elle·s présentent très souvent un état de santé dégradé. Ainsi, en 2019, au sein du programme MNA à Nantes, 73% des MNA reçu·e·s exprimaient un état de santé général moyen (42,6%), mauvais (28,4%) ou très mauvais (2,5%) au jour de leur première visite.

A. Sur le plan de la santé somatique

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 2019, le programme MNA de Médecins du Monde à Paris indiquait que les problématiques de santé prioritaires relevées chaque année se confirmaient encore, voire devenaient encore plus prégnantes :

- Prévalence du virus de l'hépatite B (VHB), qui a concerné 16,6 % des MNA ayant bénéficié d'un dépistage au sein du programme en 2019 [59 mineur·e·s orienté·e·s pour des dépistages // 48 mineur·e·s effectivement dépisté·e·s] versus une moyenne de 12,5% en 2017-2018,
- Rattrapage vaccinal pour 36% des nouveaux·elles patient·e·s vu·e·s par un médecin en 2019,
- Problématique majeure dentaire, qui a concerné 23% des nouveaux patients vus par un médecin en 2019.

Cette même année, ce programme observait que 42,1% des consultations médicales étaient des cas urgents ou assez urgents, et que 62,3% d'entre elles étaient liées à des retards de recours aux soins. Ainsi, 36% des consultations ont mené à des orientations pour une prise en charge hospitalière (versus 25% en 2018). Ce très fort taux d'orientation vers l'hôpital fait également écho à la problématique du renoncement aux soins chez les MNA⁵.

En outre, une fois arrivé·e·s en France, les MNA souffrent de douleurs abdominales (liées notamment à une alimentation insuffisante – il·elle·s n'ont parfois accès qu'à un seul repas par jour – ou à un amaigrissement depuis leur départ ou encore des constipations). Certain·e·s souffrent de douleurs chroniques voire de handicap en raison de fractures mal consolidées ou mal soignées. Enfin, les médecins observent également que certain·e·s souffrent

⁵ Rapport d'activité Programme MNA Paris Médecins du Monde 2019.

d'hémorroïdes, séquelles de violences sexuelles subies sur la route de l'exil ou sur le territoire français.

B. Sur le plan de la santé psychique

Sur le plan de la santé psychique, nombre d'entre eux-elles sont particulièrement exposé·e·s aux **troubles anxieux** en réaction à leur situation actuelle (isolement, absence de perspectives, de perte de repères, sentiments d'insécurité, violences institutionnelles) qui se traduisent par d'autres symptômes : dépression, anxiété, troubles du sommeil, trouble du comportement, souffrance psychique, conduites à risque, états dissociatifs, etc.

Il·elle·s sont également exposé·e·s au **syndrome de stress post traumatique** en raison des motifs de leur départ (perte d'un ou des deux parents, violences intrafamiliales, guerres...) et des séquelles de leur trajet migratoire (victimes de violences ou témoins de scènes violentes...).

Une fois arrivé·e·s en France, il·elle·s sont confronté·e·s au rejet, à la remise en cause de leur identité, de leur âge, de leur histoire et de leur parole, puis à une obligation de quitter le territoire français (OQTF) à la majorité. Toutes ces situations peuvent être l'occasion de reviviscences traumatiques, de souffrances psychiques et de décompensations psychiatriques.

Ainsi, en 2019, 41% des nouveaux-elles patient·e·s intégré·e·s au programme MNA à Paris présentaient des problématiques de santé mentale (et dont 27% des consultations réalisées étaient liées à des troubles anxieux, 15% à un état dépressif et 12% à un état de stress post traumatique).

Les mêmes constats sont observés par le Haut Conseil de la santé publique, dans un avis publié en 2019⁶ : *« toutes les études convergent pour établir que les enfants étrangers isolés présentent des troubles psychiques et des troubles du comportement importants et plus fréquents que leurs pairs accompagnés et que les adolescents en population générale »*. Il est également précisé que *« ces troubles sont par ailleurs repérés tardivement et moins bien pris en charge que pour les autres mineurs »*. Enfin, il est indiqué, s'agissant de la santé psychique de ces enfants, que :

- *« Le syndrome de stress post-traumatique concerne jusqu'à la moitié des enfants isolés étrangers »*
- *Chez près de la moitié des enfants étrangers isolés la résilience est plus ou moins avérée, elle n'exclut nullement la présence de conduites à risque (consommation de drogue, travail sexuel).*
- *La dépression et l'anxiété constituent elles aussi des risques importants pour les enfants étrangers isolés ; leur prévalence (dépression : 15 % à 23 % des troubles psychiques ; anxiété : 9 % à 50 %) est supérieure à celle rapportée dans la population générale. Les autres troubles psychiques repérés sont les suivants : agoraphobie, phobies, dépression chronique, troubles du sommeil »*.

⁶ Haut Conseil en Santé Publique, [Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés](#), 7 novembre 2019.

De tels constats avaient également été observés dans le cadre d'une enquête sur l'état de santé des patient·e·s se déclarant MNA et non reconnu·e·s mineur·e·s au sein de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'Hôtel-Dieu, où un psycho-traumatisme était suspecté chez un·e jeune sur trois. Selon cette enquête, « *l'accès au suivi psychiatrique est difficile du fait de leur âge, de leur statut administratif et de leur instabilité de logement* ». Il est également précisé que « *A cela s'ajoutent les difficultés de vie auxquelles ils doivent faire face une fois arrivés en France et qui constituent des facteurs aggravant* »⁷.

Le médecin psychiatre et référent santé mentale au sein du programme MNA de Médecins du Monde à Paris, précisait, en 2019, que « *la majorité des mineurs non accompagnés est en souffrance psychique mais n'en parle pas spontanément. Parfois, des symptômes physiques masquent cette souffrance. Ils se sont habitués à vivre avec l'anxiété, les troubles du sommeil, la fatigue, les troubles de l'attention, la culpabilité qui font partie de leur quotidien et ils ne pensent pas toujours à en parler. Par ailleurs, ils sont souvent méfiants, ils ne savent plus à qui faire confiance après avoir été trompés à de nombreuses reprises par les adultes* »⁸.

Ainsi, ces enfants et adolescent·e·s présentent un **besoin très important de prévention** (éducation à la santé, dépistage, rattrapage vaccinal complet, etc.) mais également de **soins curatifs immédiats et thérapeutiques**, ainsi que le **besoin impérieux d'être soutenu·e·s dans leurs parcours de soins**.

C. Causes et facteurs de risques

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

Comme l'indiquait le programme MNA de Médecins du Monde à Paris, « *Malgré les progrès de ces dernières années en termes de prévention et de prise en charge de certaines pathologies, le continent africain reste très largement touché par les maladies infectieuses. Les prévalences de pathologies telles que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite C (VHC), le virus de l'hépatite B (VHB) ou la tuberculose y sont particulièrement élevées. Environ 1,2 million de personnes auraient été nouvellement infectées par le VIH en 2016 avec un taux de mortalité de 71 pour 1 000 habitants pour cette même année à l'échelle du continent. Ce taux dans les principaux pays d'origine des mineurs non accompagnés rencontrés en France est de 107,5‰ en Côte d'Ivoire, 85,5‰ au Nigéria, 44,8‰ en Guinée, 36,6‰ au Mali, 23,8‰ en RDC et 18,9‰ au Cameroun. Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est la première cause de mortalité chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans en Afrique subsaharienne. En ce qui concerne le VHB, sa prévalence a largement diminué sur le continent africain en raison de l'augmentation de la couverture vaccinale des enfants qui est passée de 5% en 2000 à 76% en 2015. Pourtant, le taux de nouvelles infections VHB reste l'un des plus élevés au monde avec un taux de 6,10‰ en 2015 (contre 1.60‰ en Europe)* »⁹.

⁷ Anne Hourdet et coll, [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](#), Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 27, 13 octobre 2020.

⁸ Médecins du Monde, [Présentation des ateliers collectifs « Parole et Prévention »](#), juillet 2019.

⁹ Ibid.

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 et adolescent·e·s. Pour eux·elles, il s'agit de fuir une situation de grande précarité, un mariage forcé, des violences intrafamiliales, un conflit armé, une situation de traite, ou encore, fait suite aux décès des parents ou au désir d'accéder à une éducation qu'il·elle·s ne peuvent obtenir dans leur pays.

La **migration** entraîne également de profonds changements de vie qui peuvent s'avérer d'autant plus compliqués pour des enfants et/ou adolescent·e·s. Elle conduit à une perte de repères, à un sentiment de non-appartenance et donc d'étrangeté chez des êtres 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 du jeune lorsque cette période est accompagnée d'une rupture violente avec ses origines, sa culture et sa langue maternelle.

A cela s'ajoute, pour la grande majorité de ces enfants et adolescent·e·s, un **parcours migratoire traumatique** tant sur le plan physique que psychologique qui précède leur arrivée en France. Les atrocités subies en Libye ou au Maghreb (viols, esclavage, tortures, témoins de scènes violentes ...), la traversée du désert et/ou de la Méditerranée ont des conséquences sévères sur le plan psychologique (syndrome post-traumatique, troubles du sommeil, ...). Les séquelles de traumatismes physiques et particulièrement celles liées aux violences sexuelles accentuent fortement le risque de contracter une infection et entraînent des blessures physiques et psychologiques insupportables. Beaucoup ont connu la faim, la soif ou encore la perte d'un proche. Ces conditions de voyage inhumaines qui peuvent durer de quelques semaines à plusieurs mois voire des années, laissent à l'évidence, d'importantes séquelles.

Cependant, **ces prévalences s'expliquent également par les obstacles dressés à l'encontre de leur accès aux droits et aux soins une fois en France**. En effet, à leur arrivée en France, beaucoup d'entre eux·elles restent en dehors des dispositifs de prise en charge ASE ou doivent patienter de longs mois avant de pouvoir bénéficier d'une protection. Sans aucun accès à un hébergement, il·elle·s se retrouvent, une fois de plus, dans une situation de précarité et d'isolement et doivent se battre pour essayer de satisfaire leurs besoins primaires (dormir, manger, se laver ...). Ce contexte d'errance, la barrière culturelle et de la langue accroissent la vulnérabilité de ces mineur·e·s non accompagné·e·s et les exposent à de nombreux facteurs de risques pour leur santé et leur sécurité (mauvaise alimentation, froid, violences, exploitation sexuelle, trafics, addictions...).

Enfin, leurs **conditions de vie en France** et notamment les **négligences et violences institutionnelles** (prise en charge dans des structures inadaptées, lieux d'hébergement insalubres, non satisfaction des besoins primaires, repérages tardifs des problématiques de santé, méconnaissance des droits et des structures, absence de soins préventifs...) ou la vie dans la rue (conditions climatiques, violences, prostitution, addictions) constituent des facteurs de risques supplémentaires renforçant leur fragilité.

Ainsi, **les MNA sont des enfants cumulant des facteurs de vulnérabilités relatifs à leur âge, leur trajectoire, leur isolement et leur extranéité requérant une prise en charge en santé adaptée, pluridisciplinaire, avec une attention particulière aux souffrances psychiques**.

III] Un « premier accueil » défaillant des MNA au titre de la protection de l'enfance

Aujourd'hui, le premier accueil des MNA mis en œuvre par les départements est largement défaillant. Il entraîne de la souffrance, des ruptures et des entraves aux droits de ces enfants, alors même que ce temps est essentiel dans le parcours de protection des MNA.

A. Une mise à l'abri dans le cadre du recueil provisoire d'urgence loin d'être systématique et dans des conditions hétérogènes

Alors que la loi prévoit que toute personne se déclarant mineure et privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille doit être mise à l'abri de manière immédiate et inconditionnelle, nous observons de graves manquements à cette obligation légale. En effet, parce le parc d'hébergement est saturé ou parce qu'il·e·s sont considéré·e·s comme « manifestement majeur·e·s », **la mise à l'abri dans le cadre du recueil provisoire d'urgence (RPU) est loin d'être immédiate et systématique.**

Le rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineur·e·s non accompagné·e·s, 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* », que ce soit « *l'absence de prise en charge de certains jeunes dès l'entrée du dispositif sans notification écrite* » ou « *une absence de mise à l'abri concernant des jeunes dont l'évaluation est prévue mais à qui aucune solution d'hébergement ne peut être proposée [...], du fait de la saturation des dispositifs d'accueil* ». Enfin, la mission mettait en lumière une « *prise en charge variable selon les territoires* », avec le « *recours massif à un hébergement hôtelier* »¹⁰, considéré, de l'avis même des départements, comme insatisfaisant.

La Cour des comptes constatait également, dans un récent rapport, que les carences dans la mise à l'abri des jeunes étranger·e·s isolé·e·s dans l'attente de l'évaluation de leur minorité se sont aggravées. Il est également fait état dans ce rapport de pratiques de « pré-évaluation », sans base réglementaire, sous la forme « *d'un entretien succinct qui peut se conclure par un refus de prise en charge* »¹¹.

A titre d'exemple, en Loire-Atlantique, en 2019, parmi les 88 situations enregistrées par le programme MNA de Médecins du Monde à Nantes, 66% n'ont pas bénéficié d'une mise à l'abri le temps de leur évaluation. Ainsi, ces jeunes, n'ayant accès à aucun dispositif de mise à l'abri (pas d'accès au 115 du fait de leur minorité), sont condamné·e·s à la rue le temps de leur évaluation.

Dans un rapport d'observation du Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône¹², la Chambre régionale des comptes indique qu'en 2019, sur les 743 MNA qui se sont présenté·e·s au Conseil Départemental, seuls 35 enfants ont été mis à l'abri directement. Le délai moyen

¹⁰ IGAS, IGAS, IGJ, Assemblée des Départements de France, [Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés](#), 15 février 2018.

¹¹ Cour des Comptes, [La Protection de l'enfance, une politique inadaptée au temps de l'enfant](#), novembre 2020.

¹² Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, [Rapport d'observations définitives et sa réponse – Conseil départemental des Bouches-du-Rhône – Enquête sur la protection de l'enfance : les spécificités des mineurs non accompagnés](#), 12 février 2020.

pour être mis à l'abri après enregistrement dans le service du premier accueil était de 71 jours en 2019.

Témoignage concernant l'accès au recueil provisoire d'urgence des MNA à Nantes :

Le 26/06/19, nous sommes informé·e·s par un de nos partenaires qu'un jeune de nationalité pakistanaise de 16 ans est à la rue après être arrivé à Nantes et est en demande de protection. Nous contactons alors le commissariat central de Nantes. Après avoir eu plusieurs services qui ne connaissaient pas la problématique ni la procédure à enclencher pour contacter le service d'astreinte d'AEMINA (service d'évaluation de la minorité et de la situation d'isolement des MNA), nous avons finalement un contact utile auprès de la brigade des mineurs. La brigade des mineurs a appelé le service d'astreinte d'AEMINA (alors que nous étions encore au téléphone avec eux) en leur demandant de prendre contact avec nous en urgence concernant cette situation. Après 15 minutes d'attente sans recevoir d'appel, nous avons appelé le numéro d'astreinte d'AEMINA que nous a transmis la brigade des mineurs.

La personne d'astreinte nous a répondu que la procédure était que le jeune se présente le lendemain matin à 9h au service AEMINA en nous expliquant qu'il n'y avait pas d'autre procédure ni de solutions pour mettre ce jeune à l'abri. Nous avons insisté en expliquant que ce jeune devait être mis à l'abri, que c'est une obligation légale qu'ils se doivent de respecter en tant qu'opérateur de l'ASE et du Conseil Départemental. La cadre d'astreinte nous a ensuite appelé et nous a expliqué la même chose : que la procédure était que le jeune se présente le lendemain matin au service AEMINA. Nous avons réexpliqué que c'était une obligation légale mais elle nous a opposé la procédure en place et l'impossibilité de le mettre à l'abri.

Nous avons ensuite rappelé le commissariat qui n'avait pas de solution à nous proposer, d'autant que la brigade des mineurs était désormais fermée et injoignable.

Nous avons alors accompagné ce jeune au service des Urgences du CHU pour qu'il y passe la nuit avec un minimum de sécurité. Au cours de la nuit, ce jeune sera expulsé des urgences par les vigiles de l'hôpital et terminera sa nuit sous un abribus.

Nous accompagnons le jeune le lendemain à AEMINA qui le mettra à l'abri pendant une nuit avant de procéder à son évaluation et de le remettre à la rue sans solution.

Lorsque ces mises à l'abri existent, les conditions dans lesquelles elles sont mises en œuvre varient considérablement en fonction des départements : la mise à l'abri se fait souvent dans des hôtels, où les enfants sont livrés à eux-mêmes, sans accompagnement ni suivi par un éducateur, sans bilan médical ou psychologique, ni accès à la santé ou aide à l'ouverture des droits. Ainsi, en 2020, au sein du programme MNA de Médecins du Monde à Paris, 25,8% des 116 MNA rencontré·e·s ont déclaré avoir été mis à l'abri dans un hôtel. Ce « premier accueil » accentue leur situation de danger et aggrave leur état de santé déjà fragilisé.

De tels constats ont également été observés dans le dernier rapport de l'IGAS relatif à l'accueil de mineur·e·s protégé·e·s dans des structures non autorisées ou habilitées au titre de l'aide sociale à l'enfance, publié en janvier 2021¹³. Dans ce rapport, on y apprend que :

- Le placement à l'hôtel est essentiellement lié à l'accueil des MNA (95 % des mineur·e·s hébergé·e·s à l'hôtel seraient des MNA). L'hôtel est massivement utilisé pour la mise à l'abri des jeunes se déclarant MNA – au stade de l'évaluation de minorité – mais est également très répandu après l'admission à l'ASE.

¹³ IGAS, [Rapport relatif à l'accueil de mineurs protégés dans des structures non autorisées ou habilitées au titre de l'aide sociale à l'enfance](#), janvier 2021.

- La durée du placement à l'hôtel des MNA peut être « *au long cours* ». Des départements interrogés déclarent qu'elle s'établit en moyenne à 3 mois mais de nombreux MNA sont hébergé-e-s à l'hôtel pour une durée supérieure à 6 mois voire 1 an.
- L'hôtel présente pour l'ensemble des MNA des dangers bien identifiés : faible contrôle de la qualité des lieux d'accueil, promiscuité dans les chambres, isolement, faible surveillance, proximité de lieux de trafics etc. « *En conséquence, il s'agit d'une modalité de placement peu sécurisante et associée à un accompagnement éducatif en général très limité. Au total, l'hôtel paraît donc être un lieu fondamentalement inadapté pour l'accueil et l'accompagnement de mineurs* ».

Le Haut Conseil de la santé publique soulignait également, dans son avis de 2019, que l'hébergement hôtelier peut avoir de lourdes conséquences sur la santé des enfants : « *isolement exposant au risque de troubles psychiques voire d'addictions ; promiscuité et manque d'hygiène exposant au risque de maladies infectieuses et dermatologiques, ...* »¹⁴.

Proposition :

Nous rappelons que la mise à l'abri dans le cadre du recueil provisoire d'urgence doit être mise en œuvre **immédiatement et de manière inconditionnelle, dans des conditions dignes et sécurisantes** pour l'ensemble des personnes se déclarant MNA, comme le prévoit la loi et au nom du respect de la présomption de minorité.

- ⇒ Comme présenté auparavant, leur état de santé ne permet pas une évaluation de l'âge et de l'isolement dans des conditions satisfaisantes : il est nécessaire de permettre au jeune de bénéficier d'un **temps de répit, préalable à l'évaluation de l'isolement et de la minorité, pendant lequel une attention doit être portée à sa santé.**

Ce temps de répit peut se dérouler sur une période modulable fixée entre 2 à 12 semaines, temporalité propice pour la diffusion d'une information claire et suffisante sur les droits (protection de l'enfance, droit d'asile, réunification familiale...) et sur le dispositif d'évaluation et ses enjeux.

Il faut noter qu'une telle suggestion est également faite dans le Guide ministériel des bonnes pratiques en matière d'évaluation de la minorité et de l'isolement¹⁵, publié en décembre 2019 : « *il peut être pertinent de permettre à la personne de bénéficier d'un temps de répit lors de son accueil et préalablement au début de la procédure d'évaluation de sa situation* ». Le guide précise que « *ce temps peut contribuer à éviter que l'évaluation repose sur des éléments recueillis sur des mineurs en souffrance, épuisés, parfois en errance psychique, et donc incapables d'apporter des réponses détaillées et cohérentes, notamment concernant leur parcours de vie. Cette période peut par ailleurs être mise à profit pour que le jeune se repose, soit mis en confiance et soit informé dans une langue comprise et parlée sur les différentes*

¹⁴ Haut Conseil de la santé publique, *Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés*, op. cit.

¹⁵ Guide élaboré avec le concours des Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Intérieur et du ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, [Guide des bonnes pratiques en matière d'évaluation de la minorité et de l'isolement des personnes se déclarant mineures et temporairement ou définitivement privées de la protection de leur famille](#), décembre 2019.

formes de protection dont il peut bénéficier ainsi que sur les modalités pratiques et les conséquences de la procédure dans laquelle il s'est engagé »

B. L'absence de prise en compte et d'accès aux soins pendant la procédure d'évaluation

Comme indiqué précédemment, alors même que leur état de santé physique et mentale est fortement dégradé, la majorité d'entre eux-elles n'ont pas accès à la prévention et aux soins lorsqu'il-elle-s sont mis à l'abri et que leur minorité et leur isolement sont évalués.

Ainsi, comme le relevait déjà la mission bipartite sur les MNA dans son rapport de 2018, « *actuellement, la prise en charge sanitaire des jeunes migrants durant la phase d'évaluation se limite le plus souvent aux soins urgents* »¹⁶. En effet, l'accès aux soins reste limité pendant la période d'évaluation : soins d'urgence uniquement, pas de bilan de santé ou de dépistage systématiques, pas d'ouverture de droits santé ou d'accompagnement dans un parcours de soins, pas de prise en compte de la santé mentale. Certains dispositifs d'évaluation ont bien un dispositif médical (présence d'infirmiers ou psychologue/psychiatres) mais celui-ci n'a pour finalité que de contribuer à l'évaluation de la minorité et de l'isolement.

Or, l'évaluation de l'âge et de l'isolement d'un-e jeune n'est envisageable que si une attention suffisante a été portée sur son état de santé physique et psychique et qu'il-elle a pu bénéficier de soins.

Propositions :

- ⇒ Mettre en place, **dès le stade de l'accueil provisoire d'urgence, un diagnostic médico-psycho-social complet de leur situation, avec un bilan de santé systématique** permettant les examens de dépistages et la détection de problèmes de santé (comprenant à minima dépistage tuberculose, VIH et autres IST, hépatites mais également bilan sanguin, rattrapage vaccinal, examen ORL, dentaire) et **ouverture systématique des droits à l'assurance maladie.**

Le premier temps d'accueil doit constituer un moment privilégié pour la **prévention et le soin** en relation avec les services de santé du droit commun, et doit permettre une **sécurisation du parcours de soin** (couverture maladie, coordination du parcours).

- ⇒ **Une évaluation des besoins en termes de santé mentale doit également être assurée**, via une consultation initiale pour repérer les besoins de prise en charge et mettre en place un suivi dès que nécessaire. D'une manière générale, appliquer la bienveillance et le respect du parcours de ces jeunes, cesser le harcèlement administratif, afin de prévenir les éventuelles situations de souffrance psychiques.

Le Défenseur des droits, dans son rapport sur les droits fondamentaux des étrangers en France en date du 9 mai 2016 recommandait déjà aux conseils départementaux « *de prendre des*

¹⁶ IGAS, IGA, IGJ, ADF, *Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés*, op. cit.

dispositions pour qu'un bilan de santé soit effectivement systématiquement effectué dès le stade de l'évaluation, afin que puissent être détectées des pathologies graves, urgentes, contagieuses »¹⁷.

La nécessité d'un tel bilan a également déjà été soulevée par la précédente mission bipartite dans son rapport 2018¹⁸, qui estimait « *qu'un bilan de santé est nécessaire au regard des enjeux de santé publique* » et recommandait « *de mettre à profit la période d'évaluation pour organiser systématiquement un bilan de santé qui devrait inclure, outre les soins urgents, un examen clinique et un accompagnement éventuel par un professionnel de santé en cas de stress post-traumatique* ».

Une telle suggestion apparaît également dans le Guide ministériel des bonnes pratiques en matière de l'évaluation de la minorité: « *Pendant la période d'accueil provisoire d'urgence et concomitamment à l'évaluation de la minorité et de l'isolement de la personne, il est également recommandé que le président du conseil départemental fasse réaliser une première évaluation de ses besoins en santé* », tout en précisant « *Il s'agit d'une démarche bien distincte de l'évaluation de la minorité et de l'isolement, dont la seule finalité est d'orienter la personne le plus précocement possible en vue d'une prise en charge adaptée, le cas échéant, à ses besoins en santé* »¹⁹.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médicaux et médico-sociaux (Anesm), dans un rapport publié en 2017²⁰, appelait également à la « *mise en œuvre des premiers soins dès l'accueil provisoire d'urgence des personnes se déclarant MNA* ».

Il faut rappeler que conformément à l'article R. 221-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF), la réalisation d'un bilan de santé est un critère de la participation financière forfaitaire de l'Etat aux dépenses engagées par le conseil départemental au titre de cette phase de mise à l'abri et d'évaluation (arrêté du 28 juin 2019²¹). De plus, un bilan de santé obligatoire pour les enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance est prévu à l'article L. 223-1-1 du CASF, il convient que les MNA en bénéficient également.

Certains départements ont déjà mis en place un bilan de santé dès l'accueil provisoire d'urgence : c'est par exemple le cas dans le département du Calvados, où la quasi-totalité des MNA bénéficie d'un bilan de santé et d'une rencontre avec un psychologue dès l'arrivée sur le dispositif.

¹⁷ Défenseur des droits, [Les droits fondamentaux des étrangers en France](#), mai 2016.

¹⁸ IGAS, IGA, IGJ, ADF, *Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés*, op. cit

¹⁹ Guide de bonnes pratiques en matière d'évaluation de la minorité et de l'isolement des personnes se déclarant comme mineur(e)s et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille, op. cit.

²⁰ Anesm, [L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers »](#), Recommandations et bonnes pratiques professionnelles, 2017.

²¹ [Arrêté du 28 juin 2019](#) pris en application de l'article R. 221-12 du code de l'action sociale et des familles et relatif à la participation forfaitaire de l'Etat 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.

Avis du 7 novembre 2019 – Haut conseil de la santé publique - Bilan de santé des enfants étranger·e·s isolé·e·s²²

Dans son avis du 7 novembre 2019, le Haut conseil de la santé publique préconise, conformément à l'instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrant·e·s primo-arrivant·e·s²³, l'organisation d'un « rendez-vous santé » des MNA dès la phase d'accueil provisoire d'urgence, permettant d'identifier les personnes qui nécessitent une consultation médicale sans délai. Selon le HCSP, il est souhaitable que ce rendez-vous santé se fasse en deux étapes :

- « *Un premier entretien avec un référent infirmier formé doit être organisé dans les 48 heures à partir de l'admission à la mise à l'abri et dans un lieu personnel et distinct de ceux de l'évaluation de l'âge, en ouvrant au personnel infirmier la possibilité de prodiguer les soins prévus à l'article L. 1111-5 du code de santé publique* » ;
- « *La seconde rencontre du bilan de santé devra, si possible, être conduite par la même personne, dans des conditions similaires à l'entretien initial, après un délai d'au moins 3 jours. Dans l'intervalle, l'enfant aura bénéficié d'un régime alimentaire équilibré en quantité et qualité et d'un hébergement continu.* »

Le HCSP recommande que cette évaluation des besoins en santé soit détachée du processus d'évaluation. Elle doit être suivie, selon le Haut conseil, « *d'un avis médical validant le bilan, après avoir pris connaissance des résultats des examens biologiques, et qui confirme ou modifie l'orientation décidée : suivi simple avec orientation vers un médecin traitant, suivi spécialisé a priori hospitalier, demande d'avis psychiatrique, obstacle médical à la réalisation d'une évaluation socio-éducative au regard de l'état de santé de l'enfant (potentiellement assorti d'un signalement au procureur, voire d'une hospitalisation)* ». Le HCSP rappelle que l'enfant devra donner son consentement pour chaque soin, notamment pour les procédures de dépistage et de rattrapage vaccinal. Le HCSP met l'accent sur la continuité du parcours de soins et la nécessité d'une ouverture précoce des droits.

C. Une évaluation de la minorité subjective, qui ne repose sur aucun élément fiable et qui est souvent faite à charge

Contrairement à ce que la loi prévoit²⁴, l'évaluation doit être plus large que la simple évaluation de minorité et doit permettre une évaluation des critères de danger et des vulnérabilités. Or, aujourd'hui aucun **examen du danger n'est effectué via une évaluation des risques sur la santé, la sécurité ou la moralité** (traite, exploitation, drogue...) auxquels le·a jeune serait exposé·e. La protection est ainsi conditionnée au seul établissement de la minorité et de l'isolement, sans prise en compte du danger. Son état de santé n'est donc pas

²² Haut Conseil de la santé publique, *Avis sur le bilan de santé des enfants étrangers isolés*, op. cit.

²³ [Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143](#), du 8 juin 2018, relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.

²⁴ Article 375 du Code civil : « *si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public* ».

réellement considéré (en raison de l'absence d'un temps de répit permettant le repérage des besoins en santé et l'organisation efficiente de soins notamment).

Les éléments recueillis lors des évaluations le sont auprès de mineur·e·s en souffrance, épuisé·e·s, perdu·e·s, parfois sidéré·e·s ou en errance psychique et ainsi incapables d'apporter des réponses détaillées et cohérentes s'agissant de leur parcours de vie. Comment imaginer que l'on puisse demander à ces enfants et adolescent·e·s de faire la preuve de leur minorité et de leur isolement avant même de leur offrir un lieu de répit en toute sécurité, de quoi manger, se laver, s'habiller et des soins ? **L'évaluation sociale est donc réalisée sur des jeunes qui pour la plupart ne sont pas en mesure, en raison de leur état de vulnérabilité et de troubles récurrents en termes de santé somatique et mentale, d'être évalué·e·s.**

En effet, leur état de santé ne permet pas de recueillir de manière probante ou cohérente un récit de vie ou des éléments permettant d'évaluer leur âge ou leur situation. De nombreux·ses psychologues et psychiatres intervenant auprès de jeunes relèvent que les événements vécus par les jeunes exilé·e·s ont inévitablement des répercussions sur leur santé mentale et peuvent porter atteinte à la mémoire autobiographique et générer les troubles post-traumatiques qui en découlent. Ceux-ci entraînent notamment des phénomènes de dissociations, des symptômes d'évitement, d'amnésie ou encore de reviviscences qui peuvent mener un·e jeune à être incohérent·e, distant·e, à ne pas parler d'événements traumatisants, à oublier, à mentir, à affabuler²⁵. Tous ces éléments confirment qu'il est irréaliste et impossible de demander à des jeunes exilé·e·s de raconter leur récit à ce stade.

A cet égard, Rahmet Radjack (pédopsychiatre), Sevan Minassian (pédopsychiatre) et Fatima Touhami (psychologue clinicienne), décrivaient, dans un article publié en 2019, que « *les procédures judiciaires auxquelles les jeunes isolés étrangers sont confrontés aggravent leurs troubles psychiatriques. Le jeune est amené à dérouler son récit traumatique car cela est nécessaire pour définir son statut et son devenir ; or, forcer un récit dans un parcours traumatique expose au risque de retraumatiser le jeune (et qu'il en soit confus au point de ne pas être précis dans la description des dates et des lieux face à des professionnels administratifs qui ne connaissent pas la clinique du trauma psychique)* »²⁶.

Loin d'être un temps de répit et de mise en confiance, « le premier accueil » est uniquement destiné à évaluer leur âge et leur isolement en France et la présomption de majorité ou de fraude y est très fréquente. **Les méthodes d'évaluation sociale utilisées par les départements sont hétérogènes, aléatoires, subjectives et souvent à charge.**

A ce titre, la mission d'expertise relevait déjà « *une grande hétérogénéité de l'évaluation d'un département à l'autre* », observait également « *[au premier semestre 2017], la dispersion du taux de reconnaissance de minorité variait de 9% à 100% selon les départements* »²⁷.

²⁵ Médecins du Monde, [Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France](#), 2018 ; Partie III, 2. Enfants et adolescentes non accompagnés : de la nécessité d'un véritable dispositif d'accueil.

²⁶ Rahmet Radjack, Sevan Minassian, Datima Touhami, [Etat des lieux et besoins de santé des mineurs non accompagnés](#), 15 octobre 2019

²⁷ IGAS, IGA, IGJ, ADF, *Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés*, op. cit.

Nous rencontrons ainsi dans nos permanences des enfants et adolescent·e·s non reconnu·e·s mineur·e·s sur la base d'évaluations où de nombreux dysfonctionnements sont observés :

- Des évaluations basées sur leur apparence physique et leur comportement ;
- Lorsque le·a jeune possède des documents d'identité, la fiabilité de ceux-ci est souvent remise en cause, ou lorsque leur authenticité est établie, c'est leur appartenance au jeune qui est remise en cause ;
- Des évaluations sont faites dans des conditions qui ne permettent pas un examen objectif de la situation du jeune : l'évaluation est parfois faite par une seule personne, suite à un entretien court, sans explication sur ses droits ou les enjeux de l'entretien ;
- Des évaluations qui se déroulent dans un climat de suspicion permanent, où les personnes chargées de l'évaluation ne sont pas spécialement formées ;
- Des évaluations qui ne sont pas faites dans une approche transculturelle et qui sont parfois réalisées sans interprète.

De tels constats étaient également observés par la mission bipartite en 2018 : « *le nombre et la durée des entretiens, le recours éventuel à l'interprétariat, la nature des investigations sur l'identité et le contrôle documentaire sont mis en œuvre de manière très variable, en dépit du cadre de référence défini par l'arrêté du 17 novembre 2016. Il en résulte une inégalité de traitement des jeunes [...]* ». La Cour de Compte indiquait de la même manière, dans son rapport publié en novembre 2020 : « *si l'on constate partout une baisse du taux de reconnaissance de minorité, ce dernier varie fortement d'un département à l'autre, alors même que le public évalué présente des caractéristiques similaires* ».

Ces évaluations sont subjectives et souvent erronées : pour preuve, certain·e·s sont évalué·e·s mineur·e·s dans un département puis « non mineur·e·s » dans un autre, comme l'a également relevé la précédente mission bipartite en 2018, et nombreux·ses sont celles et ceux dont la minorité et l'isolement sont reconnus après avoir saisi le Juge des Enfants²⁸.

Certain·e·s sont exclu·e·s de la protection de l'enfance après le **recours à des tests médicaux d'évaluation de l'âge**, pourtant considérés comme non fiables par de nombreuses autorités médicales, scientifiques et éthiques, avec une marge d'erreur s'élevant à 18 mois et basé sur un protocole établi dans les années 30²⁹. Le caractère éthique de la détermination médicale de l'âge à des fins judiciaires, remis en cause en France et dans d'autres Etats européens est largement contestable en raison de l'absence de validité scientifique des méthodes utilisées, de l'absence d'enjeu thérapeutique et de l'absence courant de recueil ou le détournement du consentement des jeunes soumis aux tests.

Médecins du Monde rappelle que qu'elles soient prises isolément ou combinées, **aucune méthode médicale de détermination de l'âge n'apporte à l'heure actuelle des informations scientifiques suffisamment fiables et précises pour déterminer l'âge biologique des mineurs évalués.**

²⁸ Selon le rapport de la mission bipartite de réflexion sur les MNA, le Conseil National des Barreaux a indiqué « *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* ».

²⁹ Médecins du Monde, [Note technique – Argumentaire relatif à l'interdiction des méthodes médicales aux fins de détermination de l'âge des mineurs non accompagnés](#), Août 2017.

Dans ces conditions, l'évaluation de l'âge et de l'isolement, telle qu'elle est menée aujourd'hui dans la plupart des départements, se fait en violation des textes internationaux et nationaux : aucune prise en compte de la situation de danger, non-respect des documents d'identité, remise en cause de la parole de l'enfant, tests médicaux de détermination de l'âge, non-reconnaissance du bénéfice du doute et de l'intérêt supérieur de l'enfant... Par ailleurs, parce qu'elle se base sur une présomption de fraude et qu'elle est teintée de suspicion, de dissuasion et d'intimidation, l'évaluation contribue aux événements traumatisants vécus par ces jeunes et constitue une violence de plus pour ces enfants et adolescent-e-s vulnérables, déjà fragilisés-e-s.

Témoignage recueilli par le programme MNA de Nantes en 2019 :

M, guinéen de 16 ans : Je suis arrivé à Nantes un vendredi de janvier 2019. Je me suis présenté à Aemina vers 16h mais c'était fermé. On m'a donné l'adresse de la Halte de Nuit. Quand je m'y suis présenté, ils n'ont pas voulu me laisser entrer parce que j'étais mineur. Finalement ils m'ont laissé entrer à 00h30. Je suis resté dormir là-bas jusqu'au lundi et ensuite je me suis présenté à Aemina. Ils m'ont reçu immédiatement en entretien et m'ont posé beaucoup de questions, plusieurs fois les mêmes. Tu es tellement fatigué, on te pose tellement de questions que toi-même tu ne sais plus quelles sont les réponses... tu es fatigué, tu t'embrouilles, tu es perdu.

Illustration d'une évaluation expéditive, sans mise à l'abri dans le cadre du recueil provisoire d'urgence (Programme MNA à Nantes). Ce jeune sera finalement reconnu comme MNA par le Juge des Enfants :

Vous avez été accueilli le 29/04/2019 dans le cadre d'une mesure de recueil provisoire (L 223-2 CASF) au titre déclaratif de mineur isolé étranger.

La circulaire JUSF1314192C, relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers, dispose que le département d'accueil doit procéder à l'évaluation de la minorité et de l'isolement des jeunes.

Au regard de l'évaluation menée le 29/04/2019 par l'association Saint Benoit Labres, visant à établir votre minorité et votre isolement, j'ai le regret de vous informer que votre minorité et votre isolement ne sont pas établis.

En effet, votre récit comporte de nombreuses incohérences. De plus votre apparence physique, votre comportement et votre attitude ne correspondent pas à ceux d'une personne mineure

L'expert en fraude documentaire a porté un avis défavorable quant à l'authenticité des documents d'identité que vous avez produits (avis du 02/05/2019)

En conséquence votre prise en charge prend fin le 09/05/2019, date à laquelle vous devrez quitter le service de Saint Benoit Labres.

Comme l'illustre cette notification de rejet, **ce jeune a été évalué le jour même de sa présentation sans qu'il bénéficie d'un temps de répit.** Il n'a bénéficié d'aucune mise à l'abri dans le cadre du RPU pendant 11 jours entre sa présentation à Aemina et sa notification de non-admission. **Suite au refus de prise en charge à l'ASE par le CD, il est resté sans accompagnement et sans hébergement pendant près de 5 mois, le temps de son recours, avant d'être repris en charge par l'ASE à l'issue de la décision de reconnaissance par le Juge des Enfants.**

Propositions :

Nous rappelons que l'évaluation de la minorité et de l'isolement doit s'effectuer **de manière bienveillante, dans le respect de la présomption de minorité et du bénéfice du doute**. Nous demandons :

- ⇒ **Le respect du droit à l'identité** et la mise en œuvre d'un accompagnement des jeunes accueilli·e·s provisoirement à la **reconstitution de leur état civil** par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance.
- ⇒ **D'abandonner les critères subjectifs d'évaluation** qui ont prouvé leur inefficacité.
- ⇒ **D'interdire tout examen médico-légal visant à déterminer l'âge** des mineur·e·s non accompagné·e·s.

IV] MNA en recours, un statut qui fait obstacle à l'accès aux soins et aux droits

A l'issue de l'évaluation de minorité, celles et ceux qui sont reconnu·e·s MNA intègrent les dispositifs de la protection de l'enfance. Les autres sont remis·e·s à la rue (s'il·elle·s ne le sont pas déjà en raison de la non mise en place du recueil provisoire d'urgence) et n'étant ni majeur·e ni mineur·e, leur statut ne renvoie de ce fait à aucun cadre légal.

Même lorsqu'il·elle·s continuent d'alléguer de leur minorité et tentent de la faire reconnaître au niveau judiciaire, ces jeunes passent souvent de longs mois à la rue sans protection, sans hébergement, sans suivi éducatif, sans accès à l'éducation, ou à la satisfaction de leurs besoins les plus vitaux (nourriture, vêture, hygiène...). Il·elle·s vivent ainsi dans une situation d'extrême précarité le temps du recours (qui peut durer, en Loire-Atlantique par exemple, 8 à 9 mois en moyenne) et alors même que bon nombre d'entre eux·elles sont reconnu·e·s mineur·e·s à postériori³⁰. **Ni reconnu·e majeur·e, ni reconnu· mineur·e, il·elle·s sont dans un entre-deux qui entrave leur accès aux droits et aux soins.**

Proposition :

- ⇒ **Les mineur·e·s non reconnu·e·s qui continuent à alléguer leur minorité doivent continuer à être protégé·e·s jusqu'à ce qu'une décision définitive intervienne et qu'une autorité judiciaire statue sur leur admission dans les dispositifs de protection de l'enfance**, en respect de la présomption de minorité et jusqu'au dernier recours effectif.

En effet, l'accès aux soins des MNA en France est particulièrement difficile car il est conditionné à l'affiliation à une protection maladie et est ensuite soumis à l'autorisation donnée par les parents ou tuteurs légaux du mineur.

³⁰ Les données recueillies par le programme MNA de Nantes montrent que parmi l'ensemble des mineur·e·s non admis·e·s reçu·e·s par MdM en 2016 dont nous connaissions la situation : 47% ont été repris en charge, et 24% étaient encore en recours au 15 septembre 2017, soit 71%. Seuls 28% seraient exclus « définitivement » de la protection de l'enfance. A Paris, les associations estiment que 50% des jeunes non-admis qui saisissent le juge des enfants voient leur minorité reconnue à postériori et réintègrent les services de protection.

Les mêmes constats ont été rapportés dans un article concernant l'état de santé des patient·e·s se déclarant MNA et non reconnu·e·s mineur·e·s, publié suite à une enquête au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'hôpital Hôtel-Dieu : « *le cadre légal des MNA non reconnus mineurs laisse peu de place à la mise en route d'une prise en charge médico-sociale adaptée* ». L'article précise : « *or, ces jeunes présentent un état de santé dégradé : infections virales, pathologies de l'appareil locomoteur, psycho-traumatisme et pathologies à un stade avancé nécessitant une hospitalisation. Cela s'explique pour partie par manque de prévention et des prises en charge trop tardives par manque d'accès aux soins. Les données de cette étude soulignent l'urgence de la situation. Il est indispensable de faciliter l'accès aux soins de ces jeunes sans attendre le statut final de leur minorité* »³¹.

A. L'affiliation à la protection maladie

En France, les MNA bénéficiant d'une prise en charge par l'ASE doivent être affilié·e·s à l'assurance maladie via la PUMa (protection universelle malade) et à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), en leur nom propre. Cependant, seule l'Aide Sociale à l'Enfance peut procéder à l'ouverture et au renouvellement de ces droits, ce qui empêche les MNA ne bénéficiant pas d'une prise en charge de solliciter la PUMa.

En conséquence, les jeunes ayant leur minorité contestée ou non pris·e·s en charge et dont les droits à la PUMa-CSS n'ont pas été ouverts par le Conseil Départemental pendant la phase d'évaluation, peuvent bénéficier uniquement de l'aide médicale de l'État (AME), ce qui impacte par la suite la qualité du panier de soins et leurs accès effectif aux soins.

Par exemple, à Nantes, sur les 171 situations renseignées en 2020 par le programme MNA de Médecins du Monde, 86 personnes ont déclaré ne pas avoir de droits à l'assurance maladie ouverts.

Plus grave encore, la circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 prévoit expressément qu'il·elle·s peuvent bénéficier de l'AME (aide médicale de l'État) alors même que celle-ci ne concerne que les étranger·e·s en situation irrégulière³². Ceci alors que les MNA qui ont engagé un recours ne sont, de ce fait, pas considéré·e·s comme majeur·e·s et en situation irrégulière. Paradoxalement, dans le cadre d'une demande d'AME les conditions de ressources et de présence ininterrompue de plus de trois mois ne sont pas exigées. Les MNA non reconnu·e·s mineur·e·s n'ont donc pas accès à la PUMa-CSS car il·elle·s ne sont pas pris·e·s en charge par l'ASE mais bénéficient de l'AME dans les conditions prévues pour les mineur·e·s. Ce paradoxe met en lumière le statut administratif complexe de ces jeunes qui est la source de très nombreux obstacles dans leurs accès aux droits et aux soins.

De plus, malgré le fait que l'accès à l'AME pour les MNA non pris·e·s en charge soit expressément prévu, l'ouverture des droits AME reste compliquée pour ces dernier·e·s car pour ouvrir leurs droits, il est nécessaire d'avoir une adresse. Les MNA non pris·e·s en charge étant dépourvu·e·s de domicile, il·elle·s doivent produire une attestation de domiciliation administrative, difficile à obtenir (saturation des dispositifs et pratiques abusives des organismes domiciliataires). A cet égard, les données recueillies par le programme MNA à

³¹ Anne Hourdet et coll, *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*, op. cit.

³² Article L. 115-6 du code de la sécurité sociale.

Paris vont dans ce sens : sur les 79 situations renseignées en 2020, 53 ont déclaré avoir reçu un « refus oral/guichet » lors de leur demande de domiciliation.

Par ailleurs, l'absence de pièces d'état civil ou d'identité ou la contestation de l'authenticité de ces pièces complique l'immatriculation des mineur·e·s et par conséquent l'ouverture de droits AME pour les MNA. Ainsi, parmi les MNA reçus par le programme de Nantes en 2019, sur les 195 situations renseignées, 71% ont déclaré n'avoir aucune couverture maladie, 16% bénéficiaient de la PUMa-CSS et 4% bénéficiaient de l'AME.

Enfin, la non-admission des MNA en recours à la PUMa les empêche d'accéder aux structures de soins psychologiques réservées aux jeunes, telles que les centres médico-psychologiques (CMP), dont les frais ne sont pas couverts par l'AME.

B. Un accès aux soins difficile en l'absence de tuteurs légaux

L'autre difficulté dans l'accès aux soins des MNA réside dans la nécessité d'obtenir le consentement des parents ou tuteur·rice·s légaux pour les actes médicaux. Or, par définition, les MNA n'ont pas de représentant·e·s 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 (anesthésie, chirurgie, fibroscopie...).

Il existe pourtant plusieurs exceptions à l'obligation de consentement des représentant·e·s légaux qui restent très peu connues des structures de santé et des soignants.

- **Les mineur·e·s âgé·e·s de plus de 16 ans (pris·e·s en charge par l'ASE ou non), qui possèdent une PUMa/CSS** peuvent bénéficier d'un suivi médical sans autorisation parentale et sont donc autonomes dans leur parcours de soins.
- **Pour les mineur·e·s bénéficiant d'une AME ou sans couverture maladie**, plusieurs exceptions au principe de recueil du consentement des représentant·e·s légaux existent : lorsque le soin relève de l'urgence vitale, lorsqu'il concerne la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs, l'accès à l'IVG, lorsque le mineur·e souhaite garder le secret sur son état de santé et que l'intervention est indispensable à la sauvegarde de sa santé, lorsqu'il s'agit de sauvegarder la santé reproductive et sexuelle du mineur·e...

Dans tous les cas, les mineur·e·s bénéficiant de l'AME ou sans couverture maladie doivent se faire accompagner par une personne majeure de leur choix 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.

Quelle que soit la situation des jeunes par rapport à la couverture maladie, le consentement éclairé du mineur·e doit être recherché. Ainsi, le jeune doit avoir bénéficié d'une information adaptée sur son état de santé et sur les choix thérapeutiques qui s'offrent à lui·elle. L'objectif est de lui expliquer, dans une langue qu'il·elle comprend, la façon dont vont se dérouler les soins, de le·la préparer au traitement à venir et de rechercher son adhésion.

Dans la réalité, les structures de soins et les soignant·e·s sont très peu informé·e·s du cadre de référence concernant les exceptions à l'obligation de consentement des représentant·e·s légaux, ce qui occasionne des refus de soins et des retards d'accès aux soins, surtout quand

l'acte est invasif. L'instabilité de leurs conditions de vie compromet aussi souvent la mise en place et l'observance de leurs traitements.

A, malien de 16 ans, suivi par le programme MNA à Nantes en 2019

Ce jeune souffre énormément suite à des violences subies lors de son passage par la Libye. Il doit subir une intervention pour l'ablation d'une vis posée il y a un an en Libye qui lui est désormais douloureuse.

Lors d'un RDV au service Orthopédie du CHU de Nantes, l'anesthésiste lui explique qu'il n'opérera pas sans que l'autorisation parentale ne soit remplie. Il exige aussi un hébergement au moins le temps de la convalescence.

Après quelques discussions par téléphone avec l'anesthésiste, ainsi qu'un mail expliquant qu'il est totalement autonome dans son parcours de soin puisqu'il a plus de 16 ans et bénéficie de la CMU-C, l'anesthésiste accepte de l'opérer sous réserve de trouver un hébergement le temps de la convalescence.

Or il est impossible de savoir combien de temps ce jeune restera à l'hôpital, ni même de prédire le temps de convalescence. Il est trop tard pour une demande de lit halte soin santé, A. ira donc chez une famille du collectif des hébergeurs solidaires. La convalescence sera longue et il restera finalement dans le circuit des hébergeurs solidaires.

M, 16 ans, suivi par le programme MNA à Paris³³ :

M. a 16 ans. Arrivé en avril 2017 en France, nous le rencontrons en mai alors qu'il est mis à l'abri par le DEMIE en attendant l'évaluation de sa situation.

M. souffre de vives douleurs maxillaires suite à une agression subie en France qui l'a laissé sans aucune dent de devant notamment. Outre les douleurs, cela rend la prise alimentaire complexe, notamment au regard des aliments fournis par le dispositif de mise à l'abri (sandwichs, kebabs et repas chauds qui accentuent la douleur).

Malgré son état de santé, M. n'a pas pu voir l'infirmière du DEMIE. MdM réoriente M. vers le dispositif de santé du DEMIE avec un courrier sous pli confidentiel afin qu'une prise en charge sanitaire puisse se mettre en place. MdM recommande d'orienter M. vers un service odontologique et d'ouvrir des droits à une couverture maladie PUMA (protection universelle maladie) et complémentaire CMUC en prévision de soins dentaires très lourds.

En juillet 2017, une décision de refus d'admission au bénéfice de l'ASE est notifiée à M., qui revient nous voir et nous informe qu'il n'a jamais été reçu par l'infirmière du DEMIE, n'a pas reçu de soins. Il vit désormais à la gare du Nord. Sa capacité à s'alimenter est de plus en plus réduite et le jeune a tendance à s'isoler, ayant honte de cette disgrâce esthétique et des difficultés d'élocution que cela occasionne. Il nous indique également être suivi par l'ADJIE et avoir saisi le Juge des enfants de Paris.

MdM oriente alors M. vers le service odontologique de l'hôpital et entame des démarches en vue de l'ouverture de droits à l'Aide Médicale d'Etat (AME).

L'hôpital entame les premiers soins permettant de diminuer les douleurs, mais le service odontologique ne peut poursuivre les interventions nécessaires, compte tenu de l'absence d'autorisation du représentant légal et les frais importants liés aux soins et non couverts par l'AME.

Quelques mois plus tard, le Juge des enfants a prononcé une mesure d'assistance éducative et des soins appropriés ont ainsi pu être apportés à M.

³³ [Maltraitance de mineurs isolés : trois constats de Médecins du Monde](#), 13 novembre 2018, Le Blog de jeunes isolés étrangers - Médiapart

Proposition :

- ⇒ **Dès l'accueil, ouverture systématique aux droits à l'assurance maladie** (via la Protection Universelle Maladie et la Complémentaire Santé Solidaire), **avec renouvellement et maintien des droits jusqu'à ce qu'une décision judiciaire intervienne** et qu'une autorité judiciaire statue sur l'admission dans les dispositifs de la protection de l'enfance.

Cette affiliation immédiate et pour tous permettrait de :

- **Garantir et sécuriser les parcours de soins des mineur·e·s,**
- **Lutter contre le système de soins à deux vitesses** en vigueur actuellement (PUMa et CSS pour les MNA pris·e·s en charge et AME pour les MNA sans protection),
- **Lutter contre la problématique de la domiciliation** dans les cas où les MNA sont maintenu·e·s sans protection le temps de leur recours ;
- **Lutter contre le non-recours et le retard de soins.**

Cela rendrait possible un accès aux soins et un parcours de soins sans autorisation d'un·e tuteur·rice légal·e ou, lorsqu'il·elle·s ont plus de 16 ans (une grande majorité d'entre eux·elles), de bénéficier d'une autonomie décisionnelle s'agissant de soins non usuels à recevoir (ceux qui aujourd'hui posent le plus de difficultés aux offreurs de soins).

Une telle proposition était déjà également portée dans le rapport d'information du Sénat sur la prise en charge sociale des mineur·e·s non accompagné·e·s, publié le 28 juin 2017 : « Proposition 18 : réviser la rédaction du décret et de la circulaire régissant le système de protection auquel sont éligibles les mineurs isolés en faveur d'une éligibilité inconditionnelle à la Puma »³⁴.

La CNCDH, dans un avis sur la situation des mineur·e·s isolé·e·s étranger·e·s présent·e·s sur le territoire national publié en juin 2014, estimait que « pour garantir l'effectivité de la protection de la santé, le dispositif d'accès aux soins doit être simplifié et tous les MIE, sans distinction, doivent pouvoir être affiliés au régime général de l'assurance maladie et bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire. Ils doivent également être informés de l'accès à l'ensemble de ces droits. L'allègement du dispositif passe d'abord par la simplification des démarches administratives : l'accès à la domiciliation des MIE doit être pleinement garanti. Il convient également de rappeler que le principe déclaratif de l'adresse doit être respecté et que la validité des documents d'identité présentés ne doit pas être remise en cause en dehors de la procédure prévue à l'article 47 du code civil »³⁵.

A cet égard, le groupe de travail des Coordinateurs Régionaux des PASS propose, dans un document intitulé « Propositions d'actions pour favoriser l'accès aux soins et à la santé des MNA », datant du 23 mai 2018³⁶, de « maintenir un cadre légal permettant l'obtention et le

³⁴ Elisabeth Doineau, Jean-Pierre Godefroy, [Rapport d'information du Sénat sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés](#), 28 juin 2017

³⁵ CNCDH, [Avis sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national – Etat des lieux un an après la circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers \(dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation\)](#), 26 juin 2014.

³⁶ Groupe de travail des Coordinateurs Régionaux des PASS, [Propositions d'actions pour favoriser l'accès aux soins et à la santé des MNA](#), 23 mai 2018.

maintien de droits à une couverture universelle d'assurance complète (PUMA + CMUC – CSS aujourd'hui –) pour les MNA à toutes les étapes de leur parcours depuis leur arrivée sur le territoire national (d'avant le premier accueil jusqu'à l'OPP ou la décision de recours). Le maintien des droits PUMA+CMUC pendant 12 mois à compter de la date de rejet de son statut de MNA devrait être appliqué comme pour les déboutés de la demande d'asile ». Plus loin, ils proposent de : « Inclure explicitement l'ouverture d'une couverture sociale au cahier des charges des structures d'hébergement et ceci dès le premier accueil, compte tenu des procédures simplifiées possible entre les CPAM et les services en charge de l'accueil des MNA (programme PLANIR) ». Enfin, ils recommandent également de renforcer les moyens des PASS pour la prise en charge du parcours de soin des MNA non reconnu·e·s et de prolonger l'accompagnement et l'hébergement jusqu'à l'épuisement des recours.

V] Une fois confiés à l'ASE, la prise en charge des MNA demeure hétérogène

Ainsi, même après avoir été reconnu mineur·e·s par l'autorité judiciaire (parquet ou juge des enfants), **les MNA doivent faire face à de nouveaux obstacles avant de voir leur droit à la protection mis en œuvre de manière effective.**

- Il est courant (voire systématique dans certains territoires) que les Conseils Départementaux fassent appel des décisions des juges des enfants ordonnant le placement des jeunes à leurs services. L'appel est non suspensif de sorte que ces dernier·e·s se trouvent confié·e·s et accueilli·e·s par une institution qui refuse à priori de les prendre en charge et rechigne à mettre en œuvre l'accompagnement socio-éducatif dont elle a la charge. Les enfants et adolescent·e·s bénéficient souvent dans ce cas que de mesures de protection à minima, se résumant à un hébergement (souvent précaire) et un accès à l'alimentation. L'administration n'engage pas les démarches pour favoriser le développement des jeunes, leur scolarisation ou leur accès aux soins effectif, espérant que la Cour d'Appel infirme le jugement initial de placement.
- Le deuxième obstacle réside dans l'absence ou le refus d'exécution des décisions de placement par l'ASE, qui laisse les enfants qui lui sont confié·e·s sans protection arguant souvent d'un manque de places disponibles.
De telles pratiques ont été observées dans le département des Bouches-du-Rhône : en 2019, le département n'a pas assuré l'hébergement de 104 MNA qui lui avaient pourtant été confié·e·s. Le département a indiqué avoir prioritairement hébergé les mineur·e·s mis·e·s à l'abri et évalué·e·s dans les Bouches-du-Rhône, aux dépens de ceux·celles qui ont eu 18 ans avant d'avoir une place d'accueil et ceux·celles que le département n'a pas réussi à contacter au moment où une place était disponible³⁷.

Une fois reconnu mineur·e·s, les jeunes peuvent être orienté·e·s vers un autre département suivant une clé de répartition. Pourtant, alors même que sa situation a déjà été évaluée il est courant que le département d'accueil conteste ou réinterprète les conclusions de la première

³⁷ Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Rapport d'observations définitives et sa réponse – Conseil départemental des Bouches-du-Rhône – Enquête sur la protection de l'enfance : les spécificités des mineurs non accompagnés*, op. cit.

évaluation pour conclure à la majorité d'un-e MNA et refuser de prendre en charge un-e jeune qui lui a été orienté.

Lorsqu'enfin les adolescent·e·s sont parvenu·e·s à franchir l'ensemble des obstacles à l'accès à une protection et qu'il·elle·s bénéficient d'une mesure de protection pérenne et effective, **les conditions de leur placement sont très variables**. Dans de nombreuses situations (surtout pour les jeunes de plus de 16 ans), l'hébergement à l'hôtel peut être prolongé dans le cadre d'une mesure de placement pérenne. Dans ce cas, il·elle·s vivent dans une insécurité symbolique permanente quant à leur avenir proche et lointain. Les défaillances dans la mise en œuvre du suivi éducatif constatées pour les jeunes pris·e·s en charge provisoirement dans les « hôtels sociaux » se prolongent donc alors même que les jeunes sont destiné·e·s à y rester jusqu'à leur majorité. Les plus chanceux·euses peuvent être accueilli·e·s dans des structures collectives, des structures en semi-autonomie ou encore chez un-e assistant·e familial·e.

S'agissant de l'accès aux soins, Médecins du Monde constate que de manière générale les mineur·e·s confié·e·s bénéficient le plus souvent d'une affiliation à la sécurité sociale (PUMa et CSS) comme tout autre mineur·e relevant de l'ASE comme le prévoit la circulaire du 8 septembre 2011, cependant il·elle·s n'en sont pas toujours informé·e·s en raison des insuffisances courantes dans leur suivi éducatif.

En outre, il faut noter que l'opacité juridique liée à leur représentation légale, alors même qu'il·elle·s sont reconnu·e·s en tant que mineur·e·s isolé·e·s et pris·es en charge, peut également compromettre leur exercice du droit à la santé. Les MNA dépendent de deux régimes juridiques distincts et complémentaires. Leur situation de danger et l'urgence corrobore l'intervention du Juge des Enfants en matière éducative alors que la défaillance de l'autorité parentale justifie l'intervention du Juge des Tutelles. Lorsqu'un-e mineur·e est confié·e à l'Aide sociale à l'enfance dans le cadre d'une mesure éducative, sa représentation légale demeure entre les mains de ses parents et le service gardien ne peut accomplir que des actes usuels au profit du mineur·e. C'est seulement en cas de mesure de tutelle, de délégation d'autorité parentale ou sur autorisation du Juge des Enfants que l'ASE peut accomplir les actes non-usuels et donc les décisions importantes relatives à l'enfant (et notamment celles relatives à sa santé).

Nous constatons donc que les enfants et adolescent·e·s confié·e·s, bien que bénéficiant de mesures de protection pérennes, demeurent toujours dans des formes constantes d'incertitudes quant à leur avenir. **Leurs parcours de protection sont souvent emplis de ruptures et de discontinuités**, il est fréquent d'observer l'absence d'un suivi individualisé et continu pour chaque jeune. L'absence d'une représentation légale effective ne permet pas aux services à qui le jeune a été confié de mettre en œuvre une protection adéquate.

De tels constats ont également été observés par le Haut Conseil de la santé publique, dans son avis de 2019, où il expliquait que :

- *« Concernant la prise en charge de la santé somatique, face à des enfants qui souvent ne sont pas demandeurs, celle-ci se trouve résolue seulement lorsque l'enfant, après évaluation de sa minorité et de son isolement, peut intégrer les structures de l'ASE. À ce moment-là, des bilans de santé initiaux peuvent être proposés et des parcours de santé peuvent être définis dans la mesure où les structures d'accueil comportent un infirmier voire un médecin. La concrétisation des parcours de santé des enfants*

étrangers isolés reste alors tributaire des moyens disponibles à l'ASE comme dans le système de soins. Ainsi, la prise en charge des troubles psychiques est particulièrement difficile ».

- « 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 vacances ou en supervision » et ajoutait « 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 ».

Le HCSP concluait : « D'une manière générale, les départements soulignent la difficulté pour les travailleurs sociaux d'exercer effectivement leur rôle d'accompagnateurs dans le système de soins pour des enfants qui constituent pour eux une charge supplémentaire. Les enfants étrangers isolés sont ainsi souvent amenés à se déplacer seuls à travers le système de soins, lequel se trouve par ailleurs le plus souvent dépourvu de moyens d'interprétariat. Cet état de fait ne peut que compromettre leur parcours de santé ultérieur d'autant que la question de la transmission des données (délivrance et remplissage d'un carnet de santé ou son équivalent) est loin d'être résolue. »³⁸

A cet égard, Mahaut Bertrand relevait, dans sa thèse sur « la prise en charge en santé des MNA à Montpellier en 2018-2019 à travers l'expérience des acteurs de santé », que « au sein de l'ASE, les réponses mises en place par le Département de l'Hérault semblent insuffisantes selon certains interviewés. Du fait d'un manque remarquable de personnel, de moyen et de temps, les réponses ne semblent pas adaptées aux besoins. Tous les MNA mis à l'abri ne sont pas suivis par un professionnel de santé, et pour certains aucune évaluation médicale n'est proposée. Le protocole complet de dépistage et prévention n'est mis en place qu'une fois l'OPP délivrée. Les délais de rendez-vous sont trop longs et les suivis difficiles. Dans l'ensemble, il n'y aurait pas assez de personnel (éducateur ou IDE) pour vérifier la bonne observance des traitements et assurer tous les accompagnements. Ceci a des répercussions négatives sur la qualité des soins des jeunes et donc sur leur état de santé »³⁹.

Médecins du Monde rappelle la **nécessité de garantir aux mineur·e·s confié·e·s à l'ASE des mesures de protection effectives, incluant un accès à la santé, à l'éducation et à un accompagnement éducatif satisfaisant visant à assurer leur développement, leur bien-être et leur avenir.**

Nous rappelons que **la prise en charge des MNA doit répondre aux mêmes garanties que celles dont bénéficient les mineur·e·s en danger nationaux.**

³⁸ Haut Conseil de la santé publique, *Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés*, op. cit.

³⁹ Mahaut Bertrand, [La prise en charge en santé des mineurs non-accompagnés à Montpellier en 2018-2019 à travers l'expérience des acteurs de santé](#), Médecine humaine et pathologie - 2019.

Propositions :

- ⇒ **Mettre fin aux placements hôteliers** qui renforcent la vulnérabilité et l'insécurité des MNA.
- ⇒ Pour favoriser la continuité de son parcours de protection et de son projet de vie, chaque MNA devrait se voir **désigner un-e éducateur-riche référent-e** (à raison d'un-e éducateur-riche pour sept à huit jeunes).
- ⇒ **Désigner un médecin traitant** afin de faciliter le parcours de soins des MNA.
- ⇒ **L'information quant à l'existence d'une affiliation à la sécurité sociale doit être garantie** aux jeunes, qui doivent tous en bénéficier.
- ⇒ **Saisine systématique du Juge des tutelles par l'Aide Sociale à l'Enfance** en vue de garantir la représentation légale effective des MNA par le biais d'une mesure de tutelle ou d'une délégation d'autorité parentale. Cela permet au département de disposer des moyens juridiques nécessaires pour prendre les décisions importantes relatives à l'enfant (et notamment à sa santé) et de réaliser tous les actes usuels et non usuels relatifs à l'entretien, la santé et l'éducation de l'enfant dans son intérêt.
- ⇒ Une **attention particulière doit être portée à la prise en charge de la souffrance psychique** de ces mineur-e-s au parcours particulièrement douloureux et traumatique et qu'il-elle-s puissent bénéficier d'un suivi et de soins adaptés dans les structures du droit commun.

Conclusion et recommandations

Tel que construit le système d'accueil et d'évaluation des MNA primo-arrivant-e-s génère des parcours de soins chaotiques (refus de soins, retardement d'accès aux soins, rupture dans la continuité des soins, etc.). Comme l'indiquait le Centre Primo-Levi, dans son rapport d'activité de 2019 : « *aujourd'hui, l'accueil des mineurs non accompagnés n'est pas à la hauteur des enjeux et les carences observées (absence de mise à l'abri, déscolarisation prolongée, hébergement hôtelier inadapté et sans accompagnement, absence d'information sur la demande d'asile, absence de bilan médical ou psychologique ou d'aide à l'ouverture des droits, absence de proposition de projet éducatif, etc.) ont des conséquences importantes, notamment psychologiques* »⁴⁰. Ainsi, la carence de protection et d'attention portée à la santé dès leur arrivée entraîne des problématiques de santé de l'accueil à leur sortie des dispositifs ASE (y compris en tant que jeunes majeur-e-s).

Il est important que les logiques de gestions migratoires ne viennent pas s'opposer aux obligations de protection de l'enfance en danger, auxquelles la France est engagée, dans le cadre des conventions internationales. Une prise en charge de qualité, respectueuse de l'intérêt supérieur de l'enfant, avec une attention portée à la santé via une prise en charge globale et un accompagnement dans un parcours de soins ont un impact extrêmement

⁴⁰ Centre Primo Levi, [Rapport d'activité 2019](#).

bénéfique sur tout leur parcours, de l'évaluation jusqu'à l'intégration pérenne dans les dispositifs de protection de l'enfance et dans leur vie de jeunes adultes en devenir.

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

- ⇒ **Renforcer les moyens humains et financiers des services de l'ASE** pour assurer la protection de l'ensemble des enfants en danger ;

Pour chaque jeune se déclarant MNA :

- ⇒ **Assurer la mise à l'abri** dans le cadre du recueil provisoire d'urgence de manière **immédiate et inconditionnelle, dans des conditions dignes et sécurisantes** pour l'ensemble des personnes se déclarant MNA ;
- ⇒ Organiser un **temps de répit, préalable à l'évaluation de l'isolement et de la minorité, pendant lequel une attention doit être portée à sa santé**. Ce temps de répit peut se dérouler sur une période modulable fixée entre 2 à 12 semaines, temporalité propice pour la diffusion d'une information claire et suffisante sur les droits (protection de l'enfance, droit d'asile, réunification familiale...) et sur le dispositif d'évaluation et ses enjeux ;
- ⇒ Mettre en place, **dès le stade de l'accueil provisoire d'urgence, un diagnostic médico-psycho-social complet de leur situation, avec un bilan de santé systématique** permettant les examens de dépistages et la détection de problèmes de santé (comprenant à minima dépistage tuberculose, VIH et autres IST, hépatites mais également bilan sanguin, rattrapage vaccinal, examen ORL, dentaire) avec **ouverture systématique des droits à l'assurance maladie** ;
Le premier temps d'accueil doit constituer un moment privilégié pour la **prévention et le soin** en relation avec les services de santé du droit commun, et doit permettre une **sécurisation du parcours de soin** (couverture maladie, coordination du parcours) ;
- ⇒ **Une évaluation des besoins en termes de santé mentale doit également être assurée**, via une consultation initiale pour repérer les besoins de prise en charge et mettre en place un suivi dès que nécessaire. D'une manière générale, appliquer la bienveillance et le respect du parcours de ces jeunes, cesser le harcèlement administratif, afin de prévenir les éventuelles situations de souffrance psychiques ;
- ⇒ L'évaluation de la minorité et de l'isolement doit s'effectuer **de manière bienveillante, dans le respect de la présomption de minorité et du bénéfice du doute**. Nous demandons :
 - **De respecter le droit à l'identité** et la mise en œuvre d'un accompagnement des jeunes accueilli-e-s provisoirement à la **reconstitution de leur état civil** par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance ;
 - **D'abandonner les critères subjectifs d'évaluation** qui ont prouvé leur inefficacité ;

- **D'interdire tout examen médico-légal visant à déterminer l'âge des mineur·e·s non accompagné·e·s ;**
- ⇒ **Les mineur·e·s non reconnu·e·s qui continuent à alléguer leur minorité doivent continuer à être protégé·e·s jusqu'à ce qu'une décision définitive intervienne et qu'une autorité judiciaire statue sur leur admission dans les dispositifs de protection de l'enfance, en respect de la présomption de minorité et jusqu'au dernier recours effectif ;**

Une fois reconnu·e·s comme MNA et pris·e·s en charge dans les dispositifs de l'Aide Sociale à l'Enfance :

- ⇒ **Dès l'accueil, ouverture systématique des droits à l'assurance maladie** (via la Protection Universelle Maladie et la Complémentaire Santé Solidaire), **avec renouvellement et maintien des droits jusqu'à ce qu'une décision judiciaire intervienne** et qu'une autorité judiciaire statue sur l'admission dans les dispositifs de la protection de l'enfance ;
- ⇒ **Mettre fin aux placements hôteliers** qui renforcent la vulnérabilité et l'insécurité des MNA ;
- ⇒ Pour favoriser la continuité de son parcours de protection et de son projet de vie, chaque MNA devrait se voir **désigner un·e éducateur·rice référent·e** (à raison d'un·e éducateur·rice pour sept à huit jeunes) ;
- ⇒ **Désigner un médecin traitant** afin de faciliter le parcours de soins des MNA ;
- ⇒ **L'information quant à l'existence d'une affiliation à la sécurité sociale doit être garantie** aux jeunes, qui doivent tous en bénéficier ;
- ⇒ **Saisine systématique du Juge des tutelles par l'Aide Sociale à l'Enfance** en vue de garantir la représentation légale effective des MNA par le biais d'une mesure de tutelle ou d'une délégation d'autorité parentale. Cela permet au département de disposer des moyens juridiques nécessaires pour prendre les décisions importantes relatives à l'enfant (et notamment à sa santé) et de réaliser tous les actes usuels et non usuels relatifs à l'entretien, la santé et l'éducation de l'enfant dans son intérêt ;
- ⇒ Une **attention particulière doit être portée à la prise en charge de la souffrance psychique** de ces mineur·e·s au parcours particulièrement douloureux et traumatique et qu'il·elle·s puissent bénéficier d'un suivi et de soins adaptés dans les structures du droit commun.