

Élise Dupont, Nabil Yajjou,
Pierre Boyer

Université Toulouse III Paul Sabatier,
Département Universitaire de Médecine
Générale, 31062 Toulouse Cedex

elise_dupont@hotmail.com

Correspondance : É. Dupont

Résumé

Les mineurs non accompagnés (MNA) constituent un groupe vulnérable significatif. Ils nécessitent un accompagnement médical individualisé prenant en compte leur parcours et leur environnement : les médecins généralistes pourraient être des interlocuteurs privilégiés. Cependant, la complexité de leurs parcours et la situation administrative inhabituelle dans laquelle ils se trouvent peuvent être à l'origine d'inquiétudes chez les médecins. Un bilan de santé est recommandé dès l'étape d'évaluation de leur minorité effectuée par les conseils départementaux. Se pose alors la question de la possibilité de ces soins sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou d'un représentant légal.

• Mots clés

mineurs ; immigration ; enfant ; disparités d'accès aux soins ; populations vulnérables ; médecins de premier recours.

Abstract. Access to primary health care services for unaccompanied migrant children

Unaccompanied migrant children are a vulnerable group. They require an individualized medical support taking their backgrounds and environments into account: general practitioners could be privileged interlocutors. However, the complexity of their routes and their unusual administrative situation may be a cause of concern for physicians. Indeed, it is recommended to practice a checkup as early as the minority assessment stage. That raises the issue of medical care without the consent of a legal representative.

• Key words

minors; immigration; child; healthcare disparities; vulnerable populations; primary care.

DOI: 10.1684/med.2019.495



Accès aux soins primaires des mineurs isolés étrangers dits « mineurs non accompagnés »

Introduction

C. est reçu en consultation à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)¹ suite à la découverte d'une anomalie biologique lors d'un passage aux urgences dans une autre ville. Il a 15 ans, présente ses papiers d'identité du Mali. Sa minorité n'a pas été reconnue par le Conseil départemental au terme de l'évaluation sociale ayant pour but de s'assurer de sa minorité et son isolement. Il a effectué un recours auprès de la juge des enfants et attend une audience. Il se situe donc dans une situation juridique et administrative incertaine, majeur selon quelques institutions, mineur pour d'autres, ou encore « ni mineur, ni majeur ». La situation se complique lorsqu'il s'agit de programmer une consultation spécialisée. Le service adulte qui a accepté d'organiser la consultation refuse finalement de le prendre en charge en raison de son âge, refus manifesté après avoir pris connaissance de sa situation administrative. Suite à de nombreux échanges, il est finalement reçu par les pédiatres. La situation aboutit à une impasse lorsqu'il est question d'hospitalisation et de biopsie, car C. n'a pas de représentant légal. Les médecins mettent en doute sa minorité et sont réticents à l'hospitalisation en pédiatrie en chambre double.

Les mineurs non accompagnés (MNA) sont des jeunes de moins de 18 ans, non accompagnés d'une personne détenant l'autorité parentale, et originaires d'un pays autre que la France. 14 908 d'entre eux ont été confiés aux départements sur décision judiciaire en 2017 contre 8 054 en 2016 [1]. Les conseils départementaux sont en charge de l'accueil, de la mise à l'abri et de l'évaluation des MNA. Lorsqu'un jeune se présente, des entretiens ont lieu afin d'évaluer sa minorité et son isolement. Les documents d'état civil sont également examinés. Si sa minorité est reconnue, une ordonnance de placement provisoire est prononcée et le MNA est confié à un département.

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

Dans quel cadre légal peuvent s'organiser ces soins ? Quel est le parcours administratif habituel des MNA ? Quelles sont les différentes possibilités

¹ Permanence d'Accès aux Soins de Santé, Cité de la Santé, Hôpital La Grave, Place Lange, 31300 Toulouse.

concernant leur statut juridique et administratif et quelles conditions en découlent pour leur accès aux soins ? Cette revue narrative de la littérature cherche à identifier les possibilités et les obstacles concernant l'accès aux soins primaires des MNA en France à la lumière des dernières lois et recommandations.

Méthode

Il s'agit d'une revue narrative de la littérature réalisée par un médecin généraliste. Entre septembre 2018 et janvier 2019, les outils de recherche suivants ont été consultés : le Cairn, MEDLINE, SUDOC. Les critères d'inclusions étaient : articles, thèses, textes de lois ou rapports abordant l'accès aux soins des MNA, l'état de santé et les facteurs de vulnérabilité des MNA, le cadre légal des soins.

Voici les équations de recherche utilisées :

– En français : (mineurs isolés OU mineurs non accompagnés) ET (accès aux soins OU médecine générale OU soins primaires OU état de santé).

– En anglais : (unaccompanied minors OR unaccompanied refugees OR refugees' children) AND (health care access OR general practice OR primary health).

Cette recherche s'est également appuyée sur la bibliographie fournie par le site internet infomie.net (centre de ressources sur les MNA), particulièrement pour les textes de loi et rapports du Défenseur des droits, ainsi que sur différents documents issus de la littérature grise. Les résultats ont été discutés avec plusieurs experts : des médecins généralistes recevant régulièrement des MNA en consultation (travaillant dans un centre de santé ou dans une PASS), une juriste spécialisée en droit de l'enfant, une magistrate.

Le flux de recherche est détaillé dans la [figure 1](#)

Facteurs de vulnérabilité et évaluation des besoins en soins

Qui sont les mineurs non accompagnés ?

Selon le rapport Debré : « *Est isolée, une personne âgée de moins de 18 ans qui se trouve en dehors de son pays d'origine sans être accompagnée d'un titulaire ou d'une personne exerçant l'autorité parentale, c'est-à-dire sans quelqu'un pour la protéger et prendre les décisions importantes la concernant* » [2]. Depuis 2016, la notion de mineur isolé étranger a été remplacée par celle de mineur non accompagné (MNA) [3]. Le Parlement européen donne la définition suivante : « *enfant âgé de 0 à 18 ans [...]*

qui entre sur le territoire des États membres sans être accompagné d'un adulte qui est responsable de lui » [4].

Les seuls chiffres disponibles concernent ceux d'entre eux effectivement pris en charge par le dispositif de protection de l'enfance : 14 908 personnes ont été déclarées « mineures non accompagnées » en 2017 [1], ce qui représente environ la moitié des jeunes évalués [5]. Il s'agit de garçons dans 95,8 % des cas, majoritairement âgés de 16 ans et plus. Les pays les plus représentés sont la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Mali [1].

De nombreux facteurs de vulnérabilité

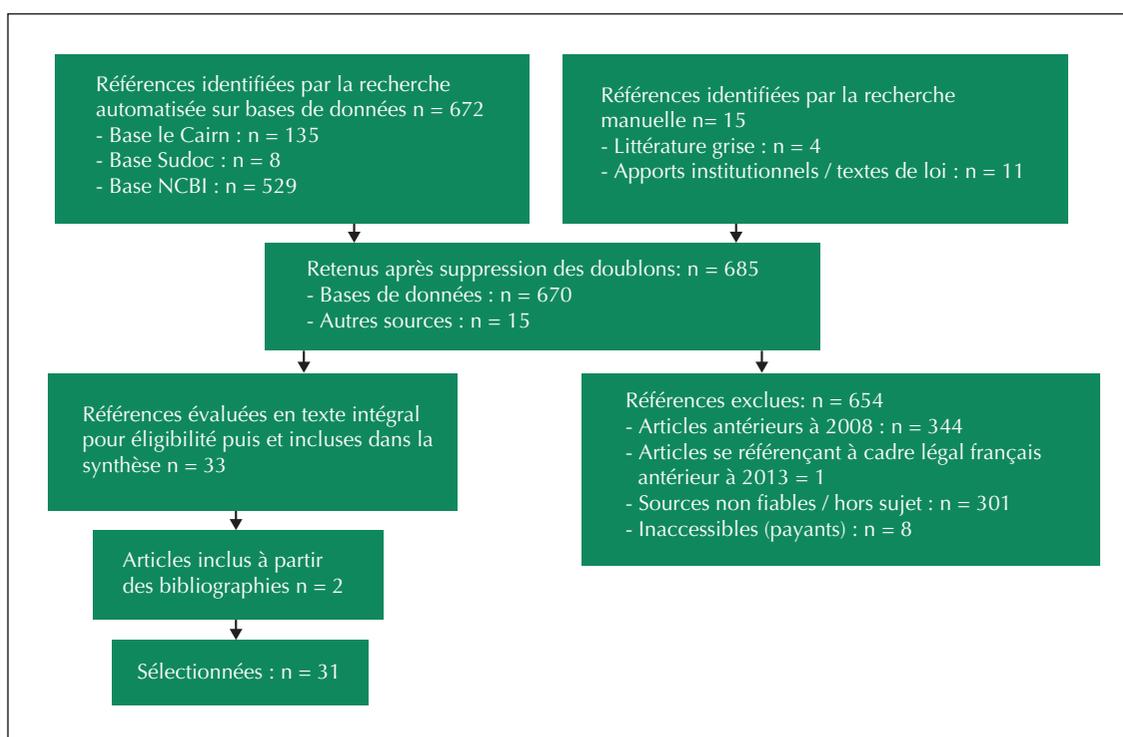
De multiples éléments permettent de caractériser les MNA comme un groupe « vulnérable » : l'isolement amical et familial [6], les difficultés de communication liées à la langue, l'absence de droits, etc. La vie dans la rue, dans des squats ou parfois chez des adultes inconnus est un autre facteur de danger [5]. Elle est parfois prolongée en raison de la saturation des dispositifs de mise à l'abri. Le Défenseur des droits insiste dans son rapport de 2016 sur les dangers auxquels font face ces jeunes : ils sont davantage victimes de traite, d'exploitation ou sollicités pour des actes sexuels tarifés [7].

Besoins en soins : soins primaires et soins psychiques prioritaires

Les MNA ont des besoins de soins importants, particulièrement l'accès aux soins primaires et aux soins psychiques. Ces jeunes sont souvent originaires de zones d'endémie pour les hépatites, le VIH et la tuberculose. S'ajoutent également les risques liés au parcours migratoire et aux possibles traumatismes les ayant conduits à quitter leur pays, les risques liés aux conditions de vie souvent précaires en France, et ceux inhérents à leur statut d'enfant.

Une étude rétrospective réalisée à partir des résultats de 143 bilans médicaux a été menée en Gironde en 2013 : les pathologies les plus fréquentes étaient les parasitoses digestives, l'infection tuberculeuse latente, l'hépatite B, la carence martiale et les caries dentaires. Sur le plan psychique, plus de 40 % présentaient des troubles compatibles avec un état de stress post-traumatique [8]. Une étude réalisée à Angers en 2015 à partir de 170 dossiers confirme ces résultats [9]. Les troubles psychiques y représentaient le motif le plus fréquent de consultation spécialisée. Le Comité pour la Santé des Exilés (COMEDE)² fait part de ses observations à partir des 13 684 personnes migrantes ayant effectué un bilan de santé entre 2007 et

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



• Figure 1. Flux de recherche.

2013. L'analyse par groupes montre que les mineurs sont principalement atteints d'hépatite B chronique et de psycho-traumatismes [10].

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

Ces résultats motivent la réalisation d'un bilan de santé précoce, sans attendre la décision judiciaire statuant sur la minorité du jeune. Une circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 recommande d'orienter les MNA « sans délai vers les structures de droit commun [...] afin qu'un premier bilan, comprenant un examen médical complet, une mise à jour vaccinale et un dépistage de la tuberculose, soit réalisé » [11]. En 2016, le Défenseur des droits demande qu'un bilan de santé soit « effectivement systématiquement effectué dès le stade de recueil provisoire et de l'évaluation » [7]. Enfin, un rapport établi en 2018 par les inspections générales et l'assemblée des départements fait la même recommandation, précisant la nécessité d'un « accompagnement éventuel par un professionnel de santé en cas de stress post-traumatique » [12].

Textes de loi concernant les soins des mineurs

La question de l'autorisation de soins est au cœur des problématiques d'accès aux soins des MNA. Le Code de la

Santé Publique définit les modalités de consentement aux soins. Dans l'article 1112-35 concernant initialement les interventions chirurgicales : « Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent ». L'article R. 4127-42 rappelle qu'un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit « s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible ».

L'article L. 1111-5 précise que le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale n'est pas obligatoire si le mineur souhaite rester dans le secret : « lorsque l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. [...] Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

Il persiste donc une zone d'ombre : si les représentants légaux ne sont pas joignables ou inexistant, peut-on appliquer les mêmes dispositions qu'en cas de souhait du mineur de garder le secret ? L'instruction interministérielle du 8 juin 2018 précise ce point : « Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation

légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés » [13].

Synthèse du parcours administratif et judiciaire des MNA

En 2013, le dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés est présenté dans une circulaire du Ministère de la Justice [14]. Il vise à harmoniser les pratiques au niveau national et met en place un système de répartition par département. La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance inscrit ce dispositif dans le Code de l'Action Sociale et des Familles et dans le Code Civil [3]. Il connaît néanmoins de grandes disparités départementales dans son application [12] : les délais de prise en charge sont rarement respectés et il arrive que la phase d'évaluation dure plusieurs mois [7].

La phase de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation est financée par l'État pendant cinq jours. Le Conseil départemental du lieu dans lequel le jeune se présente l'accueille pendant les cinq jours de l'accueil provisoire d'urgence et évalue sa situation.

Si la minorité et l'isolement sont clairement établis, le conseil départemental saisit le procureur de la République qui va confier le jeune à un département par ordonnance de placement provisoire (OPP), puis le parquet du lieu de placement saisira le juge des enfants.

Si la minorité du jeune n'est pas reconnue, la décision de non-lieu à assistance éducative est prononcée par le juge des enfants. Il est alors considéré comme majeur. Cette mesure peut faire l'objet d'un recours par le jeune.

L'évaluation de la minorité s'appuie sur un faisceau d'indices : entretiens conduits avec le jeune par des professionnels des conseils départementaux et vérification de l'authenticité des documents d'état civil. Les entretiens étudient l'état civil, la composition familiale, les conditions de vie dans le pays d'origine, le parcours migratoire, les conditions de vie en France et le projet de la personne.

Si le doute persiste, une expertise médicale de l'âge sur réquisition du parquet peut être demandée. Le jeune doit être consentant, l'information doit être délivrée dans une langue qu'il comprend, le doute doit bénéficier au jeune, l'examen a lieu dans une unité médico-judiciaire, sur la base d'un protocole unique et opposable (données cliniques, dentaires, radiologiques), une double lecture est préconisée [11]. Les tests radiologiques sont effectués pour la mesure de l'âge osseux, le plus souvent avec la

méthode de Greulich et Pyle à partir de radiographies du poignet [15]. Le manque de fiabilité de cette technique est connu, notamment après 15 ans, ce qui a été rappelé par l'Académie de Médecine en 2007 [16]. Bien que la loi précise qu'il s'agit d'un examen de dernier recours, il est pratiqué largement, parfois concomitamment à l'évaluation. Des situations où le résultat de ce test a été utilisé comme seul argument pour la majorité ont été signalées [7].

Modalités d'accès aux soins selon la situation du jeune

Protection maladie

Les MNA pris en charge par l'aide sociale à l'enfance ou protection judiciaire de la jeunesse peuvent bénéficier d'une protection universelle maladie (PUMa) et accéder à la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C) en leur nom propre [17]. Seules l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) sont habilitées à solliciter l'ouverture des droits auprès de la caisse primaire d'assurance maladie.

En revanche, les jeunes qui ne sont pas reconnus comme mineurs ou isolés et donc non pris en charge par les dispositifs de l'ASE ou la PJJ ne peuvent pas bénéficier de la PUMa. Ils peuvent faire une demande d'Aide Médicale d'État. Une circulaire interministérielle de 2011 recommande qu'ils bénéficient de l'AME sans condition de durée minimale de présence sur le territoire français et sans justificatifs de ressources [17]. Les disparités entre les départements sont importantes : certaines caisses primaires accèdent aux demandes d'AME sans délai, tandis que d'autres sollicitent la décision du Conseil départemental statuant de la minorité ou non et exigent d'attendre le délai de trois mois si la minorité n'a pas été reconnue [7]. Par ailleurs, une autre difficulté réside dans la preuve à apporter d'une domiciliation administrative, parfois difficile à obtenir du fait de leur âge déclaré.

Une des demandes concernant l'amélioration de l'accès aux soins des MNA est l'ouverture d'une PUMa – CMU-C dès la phase d'évaluation, ce qui est déjà pratiqué dans quelques départements.

Le responsable légal

Le placement d'un MNA au titre de l'assistance éducative n'entraîne pas en soi une délégation de l'autorité parentale. Il faut pour cela une décision judiciaire d'ouverture de tutelle ou de délégation de l'autorité parentale, ou d'autres procédures moins courantes comme la désignation d'un administrateur ad hoc.

Initialement, lorsqu'un jeune fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP), il est placé par le juge auprès d'un tiers ou d'un service habilité (ASE, PJJ). Ces derniers accomplissent tous les actes usuels relatifs à

sa surveillance et à son éducation (art. 374-4 du Code Civil). Les actes usuels sont « *des actes de la vie quotidienne, sans gravité, qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant [...], ou encore, même s'ils revêtent un caractère important, des actes s'inscrivant dans une pratique antérieure non contestée* » [18]. À l'inverse, les actes non usuels relèvent de l'autorité parentale. Ils peuvent ponctuellement être réalisés après avis du juge des enfants mais ne peuvent être décidés par le tiers ou le service habilité en l'absence de représentation légale.

Différents modes de représentation légale sont définis dans les articles 377 et 388 du Code Civil :

– *La délégation d'autorité parentale* permet au tiers ou au service d'effectuer les actes usuels et non usuels relatifs à l'entretien, la santé et l'éducation de l'enfant confié. Celui qui sollicite la délégation auprès du juge aux affaires familiales est celui à qui elle doit bénéficier.

– *La tutelle* constitue une représentation dans les actes de la vie civile et dans tous les actes où le mineur ne peut exercer seul un droit dont il est titulaire. Le juge aux affaires familiales peut être saisi par des particuliers, le ministère public, l'ASE ou se saisir d'office. Le plus souvent les MNA ne bénéficient pas ou alors tardivement de cette mesure qui est longue à mettre en place [19], notamment du fait de la réorientation nationale qui peut demander plusieurs mois. Selon les chiffres issus de l'Étude Longitudinale sur l'accès à l'Autonomie des jeunes Placés (ELAP), en 2013-2014, parmi les MNA âgés de 17 ans seulement 26 % avaient un tuteur [6].

– *L'administrateur ad hoc (AAH)*. L'AAH est une personne désignée pour représenter un mineur et ses intérêts. Sa mission se termine lorsqu'une tutelle est prononcée. Il s'agit d'une représentation légale partielle et temporaire. La procédure peut prendre quelques jours à plusieurs mois.

Par ailleurs, la situation des jeunes non reconnus mineurs est complexe. Quand ils sont en cours de recours auprès du juge des enfants, ils sont alors considérés comme majeurs par les services départementaux de protection de l'enfance. Cependant, leurs documents d'état civil les présentent souvent comme mineurs et ils continuent à être considérés comme mineurs lors d'autres démarches de leur vie civile, comme la recherche d'hébergement auprès du 115 ou l'accès aux soins [20].

Autres obstacles identifiés

Le dispositif prévoit une répartition nationale des MNA après l'évaluation. Ce changement de département peut mettre à mal la continuité des soins. Par ailleurs, l'accueil provisoire peut se limiter à un accueil hôtelier. L'absence d'accompagnement quotidien ne permet pas de repérer les situations sanitaires urgentes et laisse les jeunes dans une situation de vulnérabilité [7].

Ces jeunes sont souvent démunis sur le plan des connaissances médicales ou de l'organisation des soins.

Une étude qualitative réalisée en 2017 auprès de 21 MNA révèle leur faible compréhension du système de soins français, et notamment du rôle du médecin généraliste. Ils devraient pouvoir bénéficier d'un temps d'information sur leurs droits et le fonctionnement du système de soins [21]. De plus, il n'est plus à prouver que la barrière de la langue constitue une perte de chance pour les patients et induit une inégalité sociale de santé [22].

Une étude de 2016 étudie l'accès aux soins des mineurs pris en charge au titre de la protection de l'enfance, étrangers ou non [23]. Des professionnels de l'ASE et de la PJJ ont été interrogés. La première cause évoquée pour expliquer les difficultés d'accès aux soins était la réticence des soignants. Les patients précaires se voyant refuser les soins au titre de leur statut social ou de leur type de couverture maladie sont nombreux [24]. Au sein même de la consultation, les patients défavorisés bénéficieraient de moins d'informations et de moins de soutien émotionnel, comme le montrent deux revues systématiques de la littérature qui ont étudié l'influence du statut socio-économique et de l'origine ethnique sur la communication entre le médecin et le patient [25, 26]. Les médecins seraient plus directifs et inciteraient moins les patients à s'exprimer.

Enfin, la médecine générale est concernée par ces inégalités sociales de santé au niveau l'organisation du système de soins. Les médecins généralistes qui exercent dans les zones défavorisées sont moins nombreux, ont des consultations le plus souvent surchargées, et disposent de moins de ressources humaines et techniques [24].

Discussion

Forces et limites de cette étude

La principale force de ce travail repose sur son originalité. Il s'agit d'un sujet peu étudié. Les textes de loi se sont succédés ces dernières années et il paraissait intéressant d'en faire une synthèse afin de clarifier dans quelles dispositions peut s'effectuer l'accueil de ces jeunes en soins primaires. La discussion avec les experts a permis d'appréhender précisément l'application des lois, et d'identifier les freins les plus gênants pour l'accès aux soins en pratique courante. Les limites sont liées à la méthode : la revue narrative n'est pas exhaustive, et cette étude s'appuie sur des données récentes qui sont susceptibles d'être modifiées selon le contexte politique.

Discussion des résultats

Sauf dans les cas particuliers des examens médicaux sur réquisition pour la détermination de l'âge, il n'est pas de la fonction du médecin de se prononcer sur la minorité ou non d'un jeune. Néanmoins, les situations d'entre-deux « ni mineur, ni majeur » entraînent parfois une confusion des rôles. Certains professionnels de santé présument de l'âge d'un jeune, allant jusqu'à refuser les soins comme dans le cas présenté en introduction. Pour les jeunes,

la situation peut être troublante. Ils arrivent dans un pays nouveau, dans une situation de perte de repères. Ils sont en plein processus d'adolescence, et voient leur identité se brouiller et devenir l'objet d'un conflit avec les administrations.

Dans l'enquête interrogeant des professionnels de la protection de l'enfance sur les difficultés d'accès aux soins des jeunes, la réticence des soignants arrive en tête [23]. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces réserves dans le cas particulier des MNA. Le cadre juridique concernant les soins des mineurs en général est complexe, et peut laisser craindre des procédures d'ordre médico-légal. Le parcours administratif des MNA est peu connu, et comporte de nouvelles modalités selon les étapes. La difficulté sociale dans laquelle se trouvent ces jeunes peut faire redouter aux médecins des consultations longues et une demande d'aide sur le plan administratif qu'ils craignent de ne pouvoir assurer.

Les refus de prise en charge de patients précaires par certains professionnels de santé révèlent les discriminations qui existent dans les soins et renforcent les inégalités sociales de santé. Une interaction respectueuse exige du professionnel qu'il mette de côté ses représentations sur la culture de l'autre [27]. Les inégalités sociales de santé résultent en grande partie des trajectoires de vie, mais les soins peuvent également les influencer. Falcoff cite différentes actions « *spécifiques et réalisables* » pour lutter contre : considérer le temps de manière équitable et non égalitaire (l'objectif est qu'à pathologie égale, le résultat de santé diffère le moins possible entre les patients), travailler en réseau et bien connaître ses partenaires, diffuser des documents d'information adaptés aux patients, etc. [24]. Il cite les structures collectives comme des cadres privilégiés pour agir.

On peut se demander quel est le bon moment pour un « bilan de santé ». S'il paraît indispensable que celui-ci soit réalisable dès l'étape d'évaluation, l'objectif n'est pas forcément qu'il soit réalisé le plus tôt possible. Il semble nécessaire de tenir compte de l'état psychique et de la situation du jeune. Le terme « bilan de santé » a une connotation positive, mais la conséquence de celui-ci est parfois l'annonce d'une maladie chronique. Dans la plupart des cas, le début du traitement n'est pas urgent : il est alors peut-être plus opportun de faire le diagnostic et l'annonce dans un moment où le jeune a davantage de repères, ce qui favoriserait l'acceptation de la maladie et l'observance du traitement. Ici encore les conditions de vie (logement précaire et promiscuité avec d'autres jeunes, situations d'exploitation, etc.) sont à prendre en compte, les risques de transmission de certaines pathologies pouvant être augmentés. Il s'agit de tendre vers l'individualisation de l'accompagnement médical de chaque jeune dans une démarche de soins globale qui, bien qu'elle tienne compte de la dimension collective de la santé, se démarque fondamentalement d'une démarche hygiéniste. Il s'agit d'une dynamique de prévention et de soins, non de contrôle. Le terme de bilan de santé « systématique » pourrait être remplacé par l'idée de bilan de santé « systématiquement proposé ».

Conclusion

L'accès au système de santé et particulièrement aux soins premiers pour les MNA est identifié comme une priorité par les pouvoirs publics. Plusieurs freins persistent, en particulier l'accès à la sécurité sociale et le délai avant la désignation d'un représentant légal. En arrière-plan, les discriminations liées à leur statut d'étrangers précaires et le cloisonnement des milieux sanitaires et socio-éducatifs sont des obstacles qui semblent tenaces.

En Haute-Garonne, les MNA consultent surtout dans des structures dédiées ou ayant acquis une compétence dans l'accueil médical des personnes migrantes. Dans certains départements, on trouve des structures spécifiques aux jeunes comme les accueils santé jeunes (12-25 ans), par exemple IMAJE Santé à Marseille qui s'appuie sur une approche transculturelle. Néanmoins la création de



Pour la pratique

Cadre légal des soins : la présence d'un représentant légal n'est pas indispensable !

« Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L.1111-5 et L. 1111-5-1 du Code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés » [13].

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

Mieux comprendre leur parcours administratif

1. Phase de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation (conseil départemental) : entretiens d'évaluation et vérification des documents d'état civil. Constitution d'un faisceau d'indices attestant ou non de la minorité ou de l'isolement. Si le doute persiste : examen médical sur réquisition du parquet (UMJ, examen clinique et radiographies).

2. Phase judiciaire : OPP et répartition nationale, ou classement sans suite et fin de prise en charge.

Les MNA doivent avoir accès à une protection sociale

– PUMa - CMU-C pour les mineurs pris en charge par la protection de l'enfance

– AME pour les jeunes non reconnus comme mineurs ou isolés (sans condition de durée minimale de séjour et sans justification des ressources).

structures de soins spécialisées questionne. Rendre spécifique leur parcours de soins conduit à différencier, à catégoriser, et pourrait nuire à leur inclusion voire faire obstacle à la poursuite des soins. L'accès aux dispositifs de santé de droit commun reste une priorité pour les MNA. Ils sont de plus en plus nombreux et les cabinets de médecine générale vont être de plus en plus concernés.

En consultation, l'intrication fréquente de problématiques médicales, psychiques et sociales requière une prise en charge globale qui relève de la médecine générale.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Justice. Rapport annuel d'activité 2017 - Mission Mineurs Non Accompagnés [Internet]. France ; 2018 mars [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2017.pdf.
2. Debré I. Les mineurs étrangers isolés en France [Internet]. 2010 Mai [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000220.pdf>.
3. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.
4. Parlement européen. Directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale. *J Off Union Eur* 2011 ; L 337.(9).
5. Boidé M, Ciais M, Corbel FX, Clève AL, Malhou A, Martini J-F. Pour une application du droit commun dans la prise en charge des mineurs isolés étrangers en quête d'asile et de protection. *Migr Soc* 2010 ; 129-130 (3) : 257-74.
6. Frechon I, Marquet L. Unaccompanied Minors in France and Inequalities in Care Provision under the Child Protection System. *Soc Work Soc* [Internet]. 2017 [cité 14 janv 2019] ; 15 (2) : 5-22.
7. Défenseur des Droits. Les droits fondamentaux des étrangers en France [Internet]. 2016 Mai [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170_ddd_rapport_droits_etrangers.pdf.
8. Baudino P. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en gironde entre 2011 et 2013 [Thèse d'exercice : Médecine générale]. Université de Bordeaux, 2015.
9. Peaud C, de Gentile L, Cateland L, et al. Évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers. *Médecine Mal Infect* 2017 ; 47 (4) : 95.
10. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement - édition 2015. [Internet]. Comede. 2015 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf.
11. Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère des affaires sociales, de la santé, Ministère de la justice, Ministère de l'intérieur. Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'état auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels [Internet]. JUSF1602101C janv 25, 2016. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/publication/mna/circ_intermin20160125.pdf.
12. IGAS, IGA, IGJ, ADF. Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés [Internet]. 2018 Mai [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000336/index.shtml>.
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants [Internet]. NOR juin 8, 2018. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf.
14. Ministère de la Justice. Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation [Internet]. NOR. Sect. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice mai 31, 2013. Disponible sur : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSF1314192C.pdf.
15. Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. 2nd éd. Stanford : Stanford Univ. Press, 1959.
16. Académie nationale de médecine. Sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés. *Bull Acad Natle Med* 2007 ; 191 (1) : 139-42.
17. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. CIRCULAIRE N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs) [Internet]. JUSF1602101C sept 8, 2011. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33805.pdf.
18. Assistance éducative - CA Aix en Provence 28 octobre 2011. *J Droit Jeunes* 2012 ; 314 (4) : 50-6.
19. Helfter C. La prise en charge des mineurs isolés étrangers par l'Aide sociale à l'enfance. *Inf Soc* 2010 ; 160 (4) : 124-32.
20. Médecins du Monde. L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France [Internet]. 2017 oct [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : https://www.gisti.org/IMG/pdf/guide_mna-mdm-partenaires.pdf.
21. Guégan M, Rivollier E. Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative. *Santé Publique* 2017 ; 29 (6) : 861-7.
22. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. 2012 [cité 23 juill 2019] ; (172). Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01593737>.
23. Euillet S, Halifax J, Moisset P, Séverac N. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. *Rapp Final Au Déf Droits Fonds Financ Prot Complément Couv Univers Risque Mal*. [Internet]. 2016 [cité 23 janv 2019] ; (172). Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_-_rapport_final_juin2016.pdf.
24. Falcoff H, Lang T. Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ? *ADSP* 2010 ; (73) : 41-3.
25. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2006 ; 64 (1-3) : 21-34.
26. Willems S, De Maesschalck S, Deveugle M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2005 ; 56 (2) : 139-46.
27. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Soins* 2014 ; 59 (790) : 14-8.