

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
Le 15 Novembre 2018 à Poitiers

par Madame Céline COLIN

Caractéristiques médico-sociales des personnes se présentant comme mineurs non accompagnés à la PASS d'Angoulême :
étude rétrospective de 2017

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Madame le Docteur Corinne TABUTEAU
Monsieur le Docteur Pascal AUDIER
Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Madame le Docteur Corinne TABUTEAU

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A mon maître et président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Interne dans votre service, j'ai pu bénéficier de vos connaissances, apprécier votre rigueur médicale et vos qualités humaines.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A mon maître et directeur de thèse

Madame le Docteur Corinne TABUTEAU

Un grand merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta bienveillance, ta disponibilité et tes conseils avisés.

Merci pour nos échanges et ton intérêt pour l'accompagnement des mineurs non accompagnés qui ont véritablement nourri ce travail.

A mon maître et juge

Monsieur le Maître de conférence Pascal AUDIER

merci d'avoir accepté de prendre part à mon jury et merci de m'avoir confortée dans l'amour de ce métier et pour tout ce que tu m'as enseigné, tant professionnellement qu'humainement.

A mon maître et juge

Monsieur le Maître de conférence Pascal PARTHENAY

merci d'avoir accepté de prendre part à mon jury et merci de m'avoir confortée dans l'amour de ce métier et pour tout ce que tu m'as enseigné, tant professionnellement qu'humainement.

A tous mes maîtres de stages et équipes soignantes avec qui j'ai pu travailler au cours de mes études ; le service de Pneumologie du CHU de POITIERS, le service des urgences du CH d'ANGOULEME, le service de gynécologie du CH de NIORT, le centre de rééducation de ROULLET ; le cabinet médical de Waldeck Rousseau, des Trois fours, de Blanzac, de Ruelle, de Montbron ; mes secrétaires Karine et Patricia, mon IDE ASALTE Pascale,
merci pour votre accueil, votre soutien, votre bienveillance et la transmission de votre savoir.

*A toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail : L'équipe de la PASS (Estelle, Salima, Aurélie, Stéphanie, Catherine), médecin du monde, le CEGGID, le centre de prévention de la Charente,
Merci de votre aide précieuse sans laquelle ce travail n'aurait pu aboutir.*

*Je dédie ce travail à ma famille, mes parents chéris, Émilie ma sœur, Jean-Christophe mon beau-frère, Juliette et Valentine mes nièces que j'aime fort ,
Merci de m'avoir soutenu tout au long de ces années et m'avoir aidé à devenir ce que je suis.*

A Ludwig,

Aucun mot ne me permettra de te dire tout ce que tu représentes pour moi et je ne saurai jamais assez te remercier pour tout ce que tu m'apportes.

Je t'aime.

A mon fils Marcel, qui m'a fait l'heureuse surprise d'arriver pendant ce travail et qui a bouleversé ma vie. Tu remplis un peu plus chaque jour ma vie de bonheur. Maman qui t'aime.

A mon papi Louis et ma mémé Moune, parce que vous me manquez terriblement.

A Yoyo, un grand merci pour m'avoir accueilli à bras ouverts et pour le soutien que tu m'apportes.

Au top ten, mes amies de toujours et pour toujours. Les moments passés toutes ensemble sont de plus en plus rares mais si précieux. Merci pour cette amitié fidèle.

A mes amies de médecine,

Au club des 6, pour cette amitié irremplaçable née sur les bancs de la fac. Merci pour votre soutien, votre écoute et toutes vos petites attentions qui m'ont permis de tenir bon.

A Céline pour ta joie de vivre et ce semestre inoubliable passé ensemble qui a tissé nos liens d'amitié.

A Mouliche, pour ce semestre aux urgences qui m'a permis de rencontrer plus qu'une amie.

A Momo, PJ, Vicky et Laeti,

Merci pour toutes les soirées et très bons moments passés ensemble, et pour tous les autres à venir !

A Marie-Pierre et Sarha,

Vous m'apportez votre confiance en m'ouvrant les portes de votre cabinet. J'espère ne pas vous décevoir et je ne doute pas que l'on passera de très bons moments ensemble !

Sommaire

Introduction	p14
Première Partie : Migrant, migration et flux migratoires	p16
I. Définition du concept de migration	p17
I.1 Migrant, réfugié, demandeur d'asile.....	p18
I.1.1 Définition de « migrant »	
I.1.2 Le statut de « demandeur d'asile	
I.1.3 Le statut de « réfugié » et de la « protection subsidiaire »	
I.2 Droits sociaux-médicaux des migrants en France.....	p23
I.2.1 Droit à la santé	
I.2.2 Droit au logement	
I.2.3 Droit à des aides sociales.	
II. Les flux migratoires.....	p25
II.1 Dans le monde	p25
II.2 En Europe	p30
II.3 En France	p34
III. Lien entre précarité, migrant et santé	p37
III.1 Lien entre précarité et migrant	p37
III.2. Lien entre précarité et santé	p38
III.3 Santé des migrants	p39
Deuxième partie : Problématiques des jeunes migrants.....	p41
I. Les Mineurs Non Accompagnés (MNA)	p43
I.1. Caractéristiques des MNA	p45
I.1.1 Données statistiques	
I.1.2 Pays d'origine	
I.1.3 Les causes de leur migration	
I.1.4 Une prépondérance d'adolescents	
I.2 Droit des MNA	p51
I.2.1 Définition	
I.2.2 Les MNA relèvent du droit commun de la protection de l'enfance	
II. Identification des MNA.....	p55
II.1 Modalités d'évaluation de la minorité et de l'isolement	p56
II.2 Les difficultés d'une évaluation objective	p60
II.2.1 Durée de la phase d'évaluation	
II.2.2 Remise en question des récits	
II.2.3 Le manque de fiabilité des documents d'identités	
II.2.4 L'utilisation des tests osseux	

III. Les « mijeurs » : flou administratif	p66
III.1 L'hébergement	p66
III.2 L'accès aux soins	p68
III.2.1 Leur droit à la sécurité sociale	
III.2.2 Un obstacle à la prise en charge médicale	

Troisième Partie : La Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)p70

I. La création des PASS	p71
II. Le Rôle des PASS	p73
III. Organisation des PASS	p75
IV. Problématiques des PASS	p76
V. La PASS d'Angoulême	p77
V.1 L'organisation	p77
V.2 Les outils	p80
V.3 Les partenaires	p81

Quatrième Partie : L'étudep83

I. Objectif de l'étude.....	p84
II. Patients et méthodes.....	p85
II.1 Patients	p85
II.2 Méthodes	p86
III. Résultats	p87
III.1 Données socio-démographiques.....	p87
III.1.1 Données démographiques	
III.1.2 Statut juridique	
III.2 Motifs de consultations.....	p91
III.3 Couverture Maladie	p93
III.4 Prise en charge médicale	p94
III.5 Pathologies dépistées	p96
III.6 Orientation à l'issue du bilan.....	p98

Cinquième Partie : Discussion	p101
I. A propos de la méthode	p103
I.1 Biais de sélection	p103
I.2 Biais d'information.....	p104
II. A propos des résultats	p105
II.1 Le profils des « mijeurs »	p105
II.1.1 Données démographiques	
II.1.2 Taux de reconnaissance de minorité	
II.2 État de santé des « mijeurs »	p111
II.3 En terme de santé public	p114
III. Les difficultés de prise en charge des « mijeurs »	p117
III.1 L'accès aux soins.....	p117
III.2 Dispensation des soins : L'accord parental	p119
III.3 L' Hébergement	p121
III.4 Difficultés non spécifiques aux « mijeurs »	p122
IV. Propositions pour pallier à ces difficultés	p123
IV.1 Définir le statut administratif des « mijeurs »	p123
IV.2 Protocole d'admission	p123
IV.3 Un bilan de santé systématique	p124
IV.4 Le questionnaire santé	p124
IV.5 Des outils communs	p125
IV.6 Informer les patients et les professionnels	p126
 Conclusion	 p127
 Références	 p129
 Annexes	 p
 Le serment d'Hippocrate	 p142
 Résumé	 p143

ABREVIATIONS

ADA Allocation pour Demandeur d'Asile
AME Aide Médicale d'État
ASE Aide Sociale à l'Enfance
CADA Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAF Caisse d'Allocation Familiale
CASF Code de l'Action Social et des familles
CAO Centre d'accueil et d'orientation
CeGGID Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
Cide Convention internationale des droits de l'enfant
CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLAT Centre de Lutte Antituberculeuse
CMU Couverture Maladie Universelle
CMUc Couverture Maladie Universelle complémentaire
COMEDE Comité Médical pour les Exilés
CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DPJJ Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DROMIE Dispositif de Recueil et d'Observation des Mineurs Isolés Étrangers
ESPT État de Stress Post-Traumatique
ETP équivalent temps-plein
FTJ Foyer de Jeunes Travailleurs
HALDE Haute Autorité de lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité
IDR Intradermoréaction à la tuberculine
IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales
IST Infections Sexuellement Transmissible
ITL Infection Tuberculose Latente
MdM Médecin du Monde
MIE Mineur Isolé Étranger
MNA Mineur Non Accompagné
MMNA Mission Mineur Non Accompagné
OFII Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA Office français de Protection des Réfugiés et Apatrides
ONG Organisation Non Gouvernementale
OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONU Organisation des Nations-Unis
OPP Ordonnance de Placement Provisoire
PASS Permanence aux soins de santé
PUMA Protection Universelle Maladie
RP Radiographie Pulmonaire
TM Tuberculose Maladie
UNICEF Fonds des Nations-Unis pour l'Enfance

INTRODUCTION

La crise migratoire que connaissent l'Europe et la France depuis 2015, est à l'origine de problèmes sociaux (hébergement, éducation), économiques, juridiques (statut de réfugié, visa) et de santé publique (droit à la santé, vaccination, dépistage) pour les pays d'accueil. Cela questionne sur les stratégies politiques, sanitaires et sociales à adopter.

La question des Mineurs non-accompagnés (MNA), que l'on appelait jusqu'à récemment Mineurs isolés étrangers (MIE), est indissociable de la question migratoire. Si elle n'est pas nouvelle, la problématique de la présence en France de ces mineurs privés de toute protection familiale a pris depuis plusieurs années une ampleur qui ne cesse de croître. Les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) qui prennent en charge ces mineurs, se retrouvent saturés.

Cependant, certains jeunes sont exclus du dispositif de protection de l'enfance car considérés comme majeurs sans que leur minorité n'ait pourtant été formellement contestée ni leur majorité formellement avérée. Dans de telles circonstances, ces jeunes, considérés comme majeurs par les services départementaux de protection de l'enfance continueront à être considérés comme mineurs lors d'autres démarches de leur vie civile. Ce sont ces jeunes, appelés les « mijeurs » qui rencontrent des problématiques de prise en charge (1). Ce statut indéfini entre majeur et mineur, les entrave dans la quête de leurs droits (hébergement, éducation, santé).

Le but de ce travail, est de mettre en évidence les problématiques rencontrées lors de la prise en charge médico-sociale de ses jeunes migrants non reconnus comme MNA mais pourtant se présentant comme mineurs (les « mijeurs ») à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) d'Angoulême ; les moyens mis en place pour y faire face et les solutions à apporter afin d'améliorer et de faciliter cette prise en charge.

Si un certain nombre d'actions sont menées, on déplore l'absence de cohérence globale du système. C'est pourtant ce système qu'il va falloir harmoniser afin de faciliter la communication entre chaque acteur et ainsi améliorer la prise en charge de ces « mijeurs ».

Première partie :

Migrant , migration et flux migratoires

La problématique des « migrants » a pris une ampleur croissante au cours des dernières années, dans un contexte global de crise migratoire qui touche l'Union européenne et notamment la France. Avant d'examiner les modalités et les dysfonctionnements de leur prise en charge, il convient de définir les populations impliquées dans ces flux migratoires et de comprendre le contexte actuel socio-politique qui a entraîné cette crise.

I . Définition du concept de migration

Depuis la nuit des temps, les migrations sont pour l'homme une manière courageuse de manifester sa volonté de surmonter l'adversité et d'avoir une vie meilleure.

De grands mouvements migratoires existent depuis la préhistoire. Ils se sont poursuivis durant l'antiquité puis après la Renaissance, avec notamment la conquête de l'Amérique par les États européens, puis en Occident, avec la Révolution industrielle.

Actuellement, en raison de la mondialisation et des progrès des communications et des transports, le nombre de personnes qui désirent s'installer dans d'autres régions et qui en ont les moyens a considérablement augmenté. Les raisons pour lesquelles ces personnes migrent sont diverses et déterminent leurs différents statuts : migrants en situation régulière ou irrégulière, réfugiés, ou encore demandeurs d'asile.

I.1 Migrant, réfugié, demandeur d'asile

Migrants, immigrants, réfugiés, demandeurs d'asile : ces termes sont souvent utilisés indifféremment dans le langage populaire, comme s'il n'y avait aucune différence. Pourtant, pour les personnes concernées, l'étiquette qu'on leur appose peut avoir des répercussions sur leur existence.

I.1.1 Définition de « migrant »

L'immigration désigne l'entrée, dans un pays ou une aire géographique donnée, de personnes étrangères qui y viennent pour un long séjour ou pour s'y installer. Chaque pays adopte ses propres normes pour identifier les immigrants et les compter. Ainsi en France, on réserve la dénomination d'immigré aux seules personnes « nées étrangères à l'étranger », en excluant les personnes nées françaises (cas des Harkis, rapatriés d'Algérie, par exemple) (2). Par contre, selon la définition des Nations unies, est immigrée toute « personne née dans un autre pays que celui où elle réside » (3). Elle peut avoir la nationalité de son pays de naissance ou avoir une autre nationalité, notamment celle du pays dans lequel elle réside. Dans le premier cas, elle est étrangère, et dans le second, elle ne l'est pas, ayant la nationalité du pays où elle habite.

Les causes migratoires sont nombreuses.

Elles peuvent être :

- Professionnelles, s'il ne s'agit que d'une mission de longue durée à l'étranger ou d'une période d'études on parlera plutôt de mobilité, ou d'expatriation ;
- Politiques ;
- Sécuritaires, notamment en cas de guerre dans le pays d'origine ;
- Économiques (habitant de pays pauvres cherchant un meilleur niveau de vie dans les pays riches, éventuellement temporairement) ;
- Personnelles (volonté de s'installer dans un pays par goût) ;
- Familiales (rejoindre le conjoint, l'enfant déjà installé) ;
- Fiscales (l'installation dans un pays offrant un niveau d'imposition moins élevé).

Mais ce terme général n'explique pas précisément l'ensemble des raisons et des motivations de l'exil. Il regroupe à la fois les personnes en situation régulière / irrégulière, ayant obtenu un titre de séjour où en attente d'un titre de séjour, les réfugiés, les demandeurs d'asile.

De nos jours, on entend par le terme de migrant essentiellement les demandeurs d'asile, les réfugiés et les étrangers en situation irrégulière (migrant pour des raisons économiques, politiques et sécuritaires), évinçant les notions de migration pour raisons professionnelles, personnelles ou familiales.

I.1.2 Le statut de « demandeur d'asile »

Le droit d'asile est le droit de résider dans un pays pour y être protégé dans son intégrité physique. Les personnes qui sont accueillies en France au titre de l'asile peuvent avoir le statut de « réfugié » ou bénéficier de la « protection subsidiaire ».

Un demandeur d'asile est une personne qui demande le statut légal de réfugié

et ainsi l'autorisation de rester sur le territoire. A l'issue de cette demande, la préfecture lui remet une attestation provisoire, lui permettant de séjourner en France de manière légale, valable un mois, le temps de déposer la demande d'asile auprès de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA).

Les demandeurs d'asile sont donc des migrants, en attente du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire, ayant une attestation provisoire valable un mois. Si leur demande se voit refusée, ils doivent engager une autre procédure afin d'acquérir un statut leur permettant de séjourner en France de façon légale (visa de travail par exemple), mais ils ne pourront plus bénéficier du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire.

I.1.3 Le statut de « réfugié » et de la « protection subsidiaire »

Selon la Convention de Genève de 1951, un réfugié est une personne qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité ou dans lequel elle a sa résidence habituelle, et qui du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social déterminé ou de ses opinions politiques craint avec raison d'être persécutée et ne peut se réclamer de la protection de ce pays ou en raison de ladite crainte ne peut y retourner (4). Les réfugiés migrent pour des raisons sécuritaires ou politiques.

La protection subsidiaire est accordée à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître la qualité de réfugié mais pour laquelle il existe des

motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes :

- La peine de mort ou une exécution ;
- La torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ;
- S'agissant d'un civil, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international.

En France, c'est l' OFPRA qui est chargé de statuer sur la qualité de réfugié ou de protection subsidiaire. Elle se charge également de leur assurer une protection juridique et administrative.

S'ils sont reconnus réfugiés, une carte de résident valable 10 ans leur est remise. La nationalité française peut être acquise dès l'obtention du statut de réfugié.

Pour la protection subsidiaire, une carte de séjour temporaire d'un an leur est accordée, renouvelable par la carte pluriannuelle « générale » qui est délivrée au moment du renouvellement du 1er titre de séjour temporaire, valable pour une durée de 4 ans. Après avoir justifié de ces 5 ans de résidence régulière en France, une demande de naturalisation peut être déposée.

Pour cela, comme décrit dans la loi du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France , « L'étranger admis pour la première fois au séjour en France et qui souhaite s'y maintenir durablement s'engage dans un parcours personnalisé d'intégration républicaine visant à favoriser son autonomie et son insertion dans la société française. » (5). Le réfugié doit assister à une formation civique et acquérir un certain niveau de français .

Les réfugiés et les personnes ayant obtenus la protection subsidiaire sont des migrants, en situation régulière ayant obtenu une carte de séjour (6).

I.2 Droits sociaux-médicaux des migrants en France

En droit français, le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), parfois surnommé code des étrangers, est le code regroupant les dispositions législatives et réglementaires relatives au droit des étrangers.

Il a été institué par l'ordonnance du 24 novembre 2004, en reprenant en particulier les dispositions de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relatives aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France ainsi que des dispositions de la loi du 25 juillet 1952 relative au droit d'asile (7)(8).

I.2.1 Droit à la santé

L'accès aux soins des individus, indépendamment de leur origine, est un droit fondamental édicté dans toutes les conventions, les chartes, les traités internationaux. Chaque pays doit donc s'engager à garantir le droit à la santé pour tous et toutes, et à respecter l'accès aux services de santé.

Cependant, l'OMS et le COMEDE soulignent l'existence du non-respect de ces normes et de leurs conséquences sur l'émergence de processus d'exclusion et de marginalisation des migrants (9)(10).

En France, des dispositifs ont été mis en place afin de faciliter l'accès aux soins des migrants.

Pour ceux en situation régulière, ils bénéficient du système classique de la Sécurité sociale et en particulier de la protection universelle maladie (PUMA). Ce dispositif, remplace l'ancienne couverture maladie universelle (CMU) qui a permis aux Français et aux migrants en situation régulière, de bénéficier d'un régime assurantiel gratuit. La PUMA est un droit immédiat et permanent, attribué faute de droits ouverts, sur un seul critère de résidence (résider en France depuis plus de 3 mois) dès lors que le revenu annuel n'excède pas un certain montant. Les demandeurs d'asile ne sont pas soumis à la condition de résidence de trois mois. La convocation en Préfecture suffit pour l'ouverture des droits à la PUMA.

Elle comporte deux dimensions :

- la PUMA permet une affiliation au régime général de l'assurance maladie et l'accès immédiat aux prestations ;

- une couverture complémentaire gratuite (CMUc) est octroyée aux personnes dont les revenus sont situés au-dessous d'un certain plafond. La CMUc permet une quasi-gratuité des soins grâce à l'exonération du ticket modérateur (part dévolue à l'utilisateur, non prise en charge par la sécurité sociale), du forfait journalier et à la dispense d'avance de frais. Les droits à la CMUc sont valables un an. Elle permet d'être pris en charge gratuitement pour tous les frais médicaux et hospitaliers.

La création de la CMU (loi du 27 juillet 1999) puis de la PUMA (art 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2016) ont donc permis aux personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées économiquement d'intégrer le régime dit « de droit commun ».

Mais si leur création a permis de faciliter l'accès aux soins pour les migrants en situation régulière et stable, elle a aussi « *aggravé l'exclusion des étrangers sous titres de séjour précaires et des sans-papiers* » (11). En effet, leur accès est garanti soit sous couvert d'une demande d'asile en cours d'instruction, soit sous conditions de résidence depuis plus de trois mois et de régularité de séjour.

Pour ceux en situation irrégulière, l'accès aux soins a néanmoins été maintenu par l'intermédiaire de l'Aide Médicale de l'État (AME). Elle permet la prise en charge des soins à 100% dans la limite des tarifs conventionnels. Le bénéfice de l'AME est subordonné à une double condition de résidence et de ressources : d'une part, résider en France depuis plus de trois mois, sauf pour les mineurs ; et d'autre part, disposer de ressources inférieures à un certain plafond, qui est le même que celui retenu pour l'admission à la CMU complémentaire. L'AME est accordée par la caisse d'assurance maladie du lieu de résidence, pour une période d'un an et peut être reconduite chaque année, sur demande.

Cependant, cette prise en charge se limite aux tarifs de base de la Sécurité sociale, ce qui peut, dans certains cas, laisser un reste à charge conséquent pour le bénéficiaire de l'AME. Les frais de cures thermales, les actes techniques et les examens de biologie médicale spécifiques à l'assistance médicale à la procréation ainsi que les médicaments et produits nécessaires à leur réalisation, et les

médicaments à service médical rendu faible remboursés à 15% sont exclus du dispositif de l'AME.

A noter que les dispositifs du médecin référent et du parcours de soins coordonnés ne leur sont pas applicables.

Les étrangers en situation irrégulière et qui ne sont pas titulaires de l'AME, c'est-à-dire en particulier ceux qui résident en France depuis moins de trois mois, bénéficient uniquement d'une prise en charge « des soins urgents » ; avec alors la possibilité d'une ouverture immédiate d'une « AME soins urgents » (12).

Les soins urgents pris en charge sont :

- les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé ou de celui d'un enfant à naître ;
- les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose) ;
- tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement ;
- les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical) ;

Au sein du parcours migratoire, les recours aux soins des migrants sont jalonnés de lieux précis : structures du système dit « de droit commun » (centre d'examen de santé de la CPAM, les PASS, les services des urgences) mais aussi les structures du milieu associatif (les consultations de soins gratuits des associations ou des organisations non gouvernementales : par exemple, la mission France de MDM).

En France, tout migrant quel que soit son statut peut donc théoriquement bénéficier d'un accès aux soins.

I.2.2 Droit au logement

Les migrants sont le plus souvent logés dans des conditions précaires (tentes et abris de fortune), comme en témoignent les camps de Calais et de Paris.

Depuis l'automne 2015, suite à la « jungle » de Calais, des hébergements temporaires, les centres d'accueil et d'orientation (CAO) ont été créés, accueillant les migrants en situation irrégulière. Les CAO sont gérés par des associations mandatées par les Préfectures. Ils sont répartis sur l'ensemble du territoire, dans des casernes, des résidences universitaires, des centres de vacances, ou encore des auberges de jeunesse. Ces dispositifs de mise à l'abri, appelés lors de leur création « centres de répit », ont pour objectif de leur permettre de réfléchir à leurs projets futurs, et si tel est leur choix, d'entamer les démarches de demande d'asile.

Une fois la procédure entamée, les migrants demandeurs d'asile sont accueillis dans les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). L'objectif de ces structures est à la fois d'offrir un hébergement mais aussi un accompagnement aux migrants. Ils y sont accueillis pour toute la durée de l'étude de leur dossier. Pour la plupart, ce sont des hôtels réhabilités, gérés par des associations.

Une fois le statut de réfugié obtenu, la personne a le droit de rester dans le CADA pendant encore trois mois (renouvelable une fois). Puis, il peut demander à bénéficier d'une place en centre provisoire d'hébergement (CPH) pendant une période

de neuf à douze mois. Si le statut de réfugié n'est pas obtenu , la personne doit quitter l'hébergement et se retrouve donc à la rue.

I.2.3 Droit à des aides sociales

L' allocation pour demandeur d'asile (ADA) a été créée par la loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile (13). L'Office française de l'immigration et de l'intégration (OFII) est chargée de la gestion de cette allocation. Elle est versée pendant la période d'instruction de la demande d'asile. Son montant varie en fonction de la composition familiale, des ressources et du mode d'hébergement . Par ailleurs, un refus d'hébergement d'urgence entraîne la perte des droits à l'allocation.

Concernant les réfugiés, en tant que personne protégée, ils peuvent prétendre à différentes allocations financières. S'ils remplissent les conditions requises, ils peuvent bénéficier du revenu de solidarité active (RSA), des allocations familiales, de l'allocation logement, de l'allocation parent isolé, de la prestation d'accueil du jeune enfant ou encore de l'allocation versée aux adultes handicapés. Les droits à ces prestations sociales sont instruits par les caisses d'allocations familiales (CAF).

Concernant les migrants en situation irrégulière, ils n'ont pas le droit à des prestations sociales financières. Ils ont souvent recours aux associations telles que la croix rouge, médecin du monde, France terre d'asile.

Ces droits concourent à mettre à exécution la directive européenne «accueil» du 26 juin 2013 qui oblige les États membres à proposer un « niveau de vie adéquat [aux migrants] qui garantisse leur subsistance et protège leur santé physique et mentale » (14).

II . Les flux migratoires

II.1 Dans le monde

Le dernier rapport de l'Organisation des Nations unies (ONU) sur l'état des migrations dans le monde date de 2016 (15).

Il établit à 244 millions le nombre de migrants en 2015, ce qui représente une augmentation de 71 millions, ou 41 %, par rapport à l'année 2000 (16).

30 millions d'entre eux sont des enfants soit environ 12%.

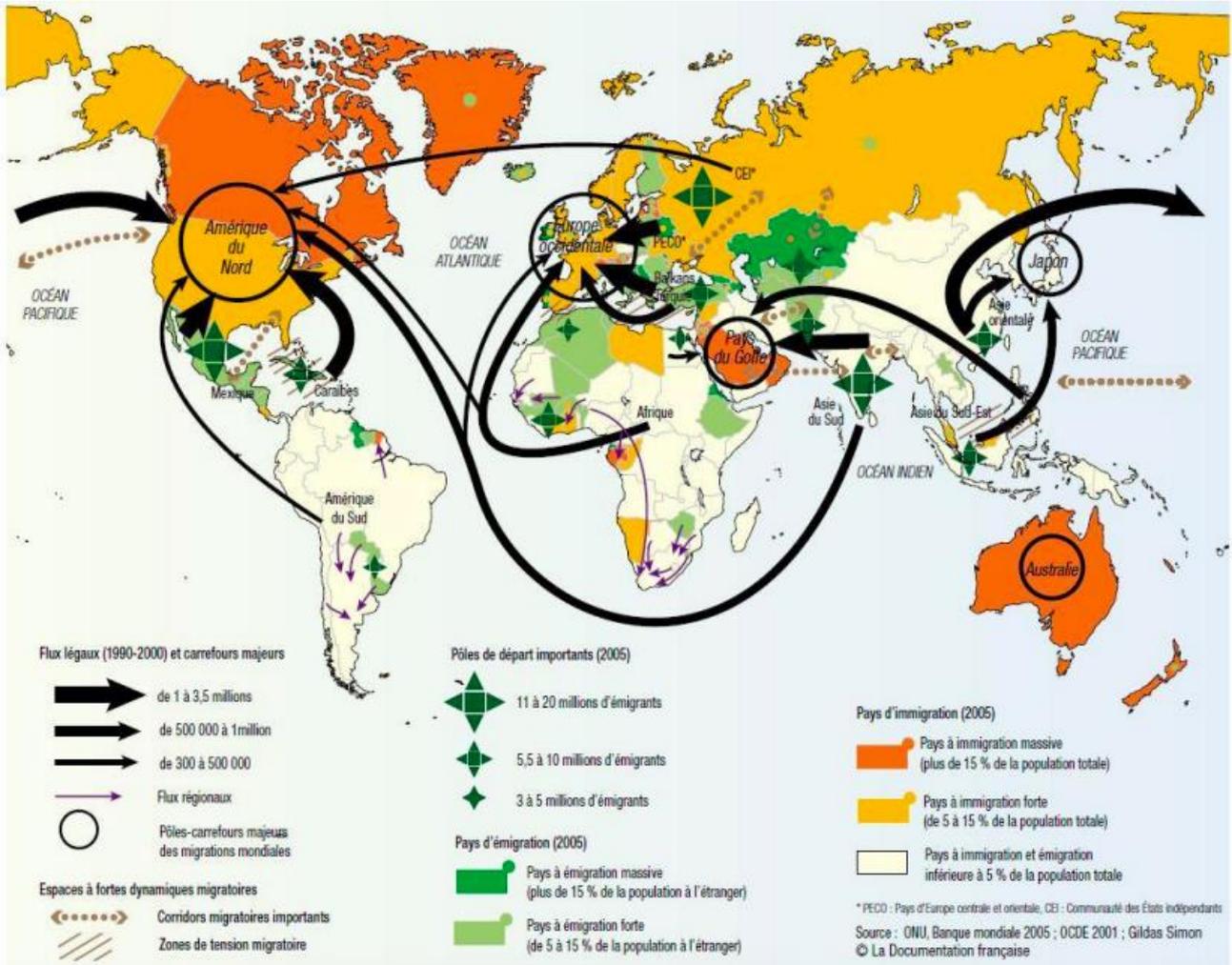
Le nombre de réfugiés et de demandeurs d'asile dépasse désormais 24 millions (17).

Près des deux tiers de l'ensemble des migrants internationaux se trouvaient en Europe (76 millions) et en Asie (75 millions).

L'Amérique du Nord arrivait au troisième rang pour le nombre de migrants internationaux (54 millions); venaient ensuite l'Afrique (21 millions), l'Amérique latine et les Caraïbes (9 millions), et l'Océanie (8 millions).

Mais le changement le plus important tient sans doute à la direction des migrations, avec l'émergence du Sud : des pays émergents comme le Brésil, l'Inde et la Chine, des pays pétroliers comme les États du Golfe, mais d'autres encore détenteurs de ressources minières, deviennent de plus en plus des destinations privilégiées. Environ cent dix millions de migrants vont du sud au nord, mais près de 90 millions vont du sud au sud, le reste étant constitué par les migrations nord-sud et nord-nord.

Le système migratoire mondial, Gildas Simon, 2008



Source : Documentation photographique n°8063 : Migrants et migrations du monde (auteur: Gildas Simon)

L'Europe est devenue durant ces trente dernières années, la plus grande région migratoire du monde en termes de flux (18).

Des facteurs économiques, sociaux et environnementaux, mais aussi l'instabilité politique, continueront d'influer sur l'évolution des migrations mondiales.

II.2 En Europe

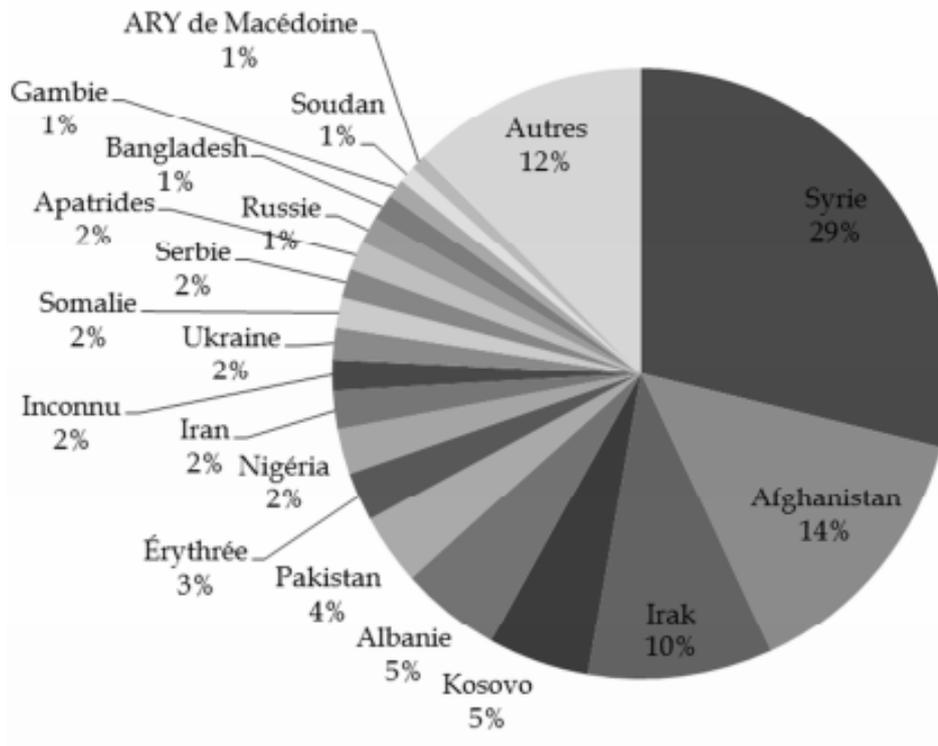
En Europe, au début du XXème siècle, avec la Révolution industrielle, l'immigration est le fait de motivations économique et professionnelle, comme la diasporas polonaise qui émigre dans les mines de charbon allemande. Elle est parfois organisée à grande échelle comme en France au début des années 1920, quand la pénurie de main-d'œuvre touche des secteurs aussi divers que l'acier, le charbon, l'automobile et l'armement, avec des lois l'encourageant et la création, en 1924, de la Société générale d'immigration.

Depuis les années 2010, les tentatives d'immigration en Europe ont augmenté à la suite des guerres civiles (notamment la guerre civile syrienne), des conflits en Turquie, et en Libye. Ce qui a contribué à l'augmentation des départs depuis ces pays, pour des raisons politiques, sécuritaires et économiques.

Pour l'année 2015, environ la moitié des demandes d'asile dans les pays de l'UE sont le fait de trois nationalités : Syriens, Irakiens et Afghan (19).

L'importance de la Syrie, de l'Afghanistan et de l'Irak parmi les pays d'origine des migrants (ces nationalités représentent 34 % des passages irréguliers et 53 % des demandeurs d'asile) accrédite l'idée selon laquelle la vague migratoire actuelle est largement liée aux conflits qui touchent ces pays.

Pays d'origine des demandeurs d'asile dans les États membres de l'UE en 2015

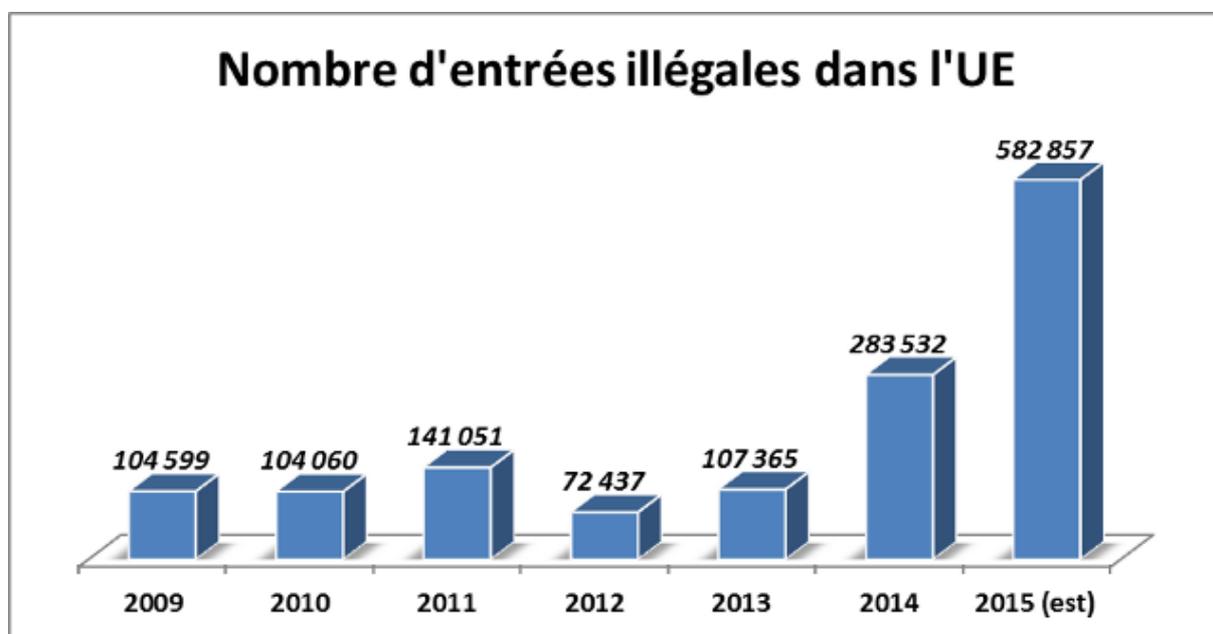


Source : Eurostat

La crise migratoire ou crise des réfugiés fait donc référence à l'augmentation, du nombre de migrants, certains étant des réfugiés, arrivant dans l'Union européenne via la mer Méditerranée et les Balkans, depuis l'Afrique, le Moyen-Orient et l'Asie du Sud. L'Europe fait alors face à l'une des plus importantes crises migratoires de son histoire contemporaine.

Au total 4,7 millions de personnes ont immigré dans l'un des États membres de l'UE en 2015 (19). Parmi ces 4,7 millions d'immigrants, on estime qu'il y avait 2,4 millions de citoyens de pays tiers, 1,4 million de personnes ayant la nationalité d'un État membre de l'Union autre que celui dans lequel elles ont immigré, quelque 860 000 personnes qui ont migré vers un État membre de l'Union dont elles avaient la

nationalité (par exemple, des ressortissants nationaux rentrant au pays ou nés à l'étranger), et environ 19 000 apatrides. Pour ceux dont l'arrivée a été enregistrée en Grèce ou en Italie, le taux d'acceptation des demandes d'asile est passé de 33,5 % en 2011 à 75,7 % en 2015. Ceci confirme que le récent flux de migrants est majoritairement composé de réfugiés.



Source : EUROSTAT

II.3 En France

En France l'histoire de l'immigration peut être divisée en trois vagues d'immigration successives.

La première vague (1850-1914) est caractérisée par l'afflux de main d'œuvre lors de la révolution industrielle. Le ralentissement de la croissance démographique française depuis le XVIII^e siècle, et ce nouveau besoin de mains-d'œuvre va encourager l'immigration d'ouvriers venus des pays voisins.

La deuxième vague (1914-1939) est caractérisée par le besoin de main d'œuvre pour l'armement de l'armée française puis pour reconstruire la France à la fin de la Première Guerre mondiale. Ainsi, le ministère de l'Armement recrute des Belges, Suisses, Italiens, mais aussi Kabyles, ou plus généralement des Nord-Africains (Colonie d'Afrique du Nord).

La troisième vague (1945 – 1980) est caractérisée par une immigration de regroupement familial. Elle est caractérisée par la guerre d'Indochine où près de 5 000 Français d'Indochine sont rapatriés et « accueillis » dans des Centres d'accueil des Français d'Indochine. Puis par la guerre d'Algérie, où suite aux accords d'Évian (18 mars 1962) et les massacres de l'été 1962, le décret du 8 août 1962 met en place un dispositif officiel d'accueil pour les harkis.

Durant ces 3 premières vagues, du milieu du XIX^e siècle jusqu'aux années 1980, la principale cause d'immigration en France est l'immigration économique, due au besoin français de main-d'œuvre.

A partir des années 2000, on voit apparaître, une nouvelle vague d'immigration, dont la principale cause est politique et sécuritaire, liée aux guerres civiles. Tout d'abord en 1999, avec celle du Kosovo amenant de nombreux Kosovars à fuir leur pays. Puis depuis 2010, la guerre civile syrienne, les problèmes en Turquie, l'aggravation du conflit en Libye n'ont fait qu'accentuer ce phénomène.

La problématique des flux migratoires en France est en outre caractérisée par la position de notre pays sur une route empruntée par des migrants arrivés par la Méditerranée et qui souhaitent rejoindre des pays du nord de l'Europe, notamment l'Allemagne ou le Royaume-Uni. Cette situation géographique explique l'apparition de campements sauvages de personnes ne souhaitant pas nécessairement s'inscrire dans une démarche de demande d'asile en France, qui a été observée notamment dans le Calaisis ou en région parisienne.

L'autre vague importante en France, est une immigration venant d'Afrique, essentiellement pour des raisons économiques et familiales.

En 2008, 43 % des immigrés (2,3 millions) sont originaires d'un pays d'Afrique, dont 30 % (1,6 million) du Maghreb. Cette dernière proportion est restée quasiment stable de 1982 à 2008, tandis que la part de l'Afrique subsaharienne est passée de 5 % à 13 % sur la même période, soit une hausse proportionnelle de 140 % (20).

En 2010, sur les 13,8 millions d'Africains vivant hors du continent, 19% vivent en France (2,62 millions). La France est ainsi la première destination des habitants d'Afrique loin devant l'Arabie Saoudite, les États-Unis et le Royaume Uni (21). La France est en effet la destination naturelle des habitants du Maghreb et de l'Afrique subsaharienne francophone. La familiarité avec la langue française des populations de l'Afrique francophone, peut également être un critère de sélection de la France comme pays de destination.

La France se retrouve donc face à 2 flux migratoires :

- Politique et sécuritaire, fuyant les guerres civiles et considérant la France comme une zone de passage principalement vers le Royaume Uni ;
- Économique, venant d'Afrique, et considérant la France comme un « eldorado ».

Que ce soit à l'échelle mondiale, européenne ou française, les flux migratoires sont influencés par les contextes historique, politique et économique propre à chaque pays ; et ont été facilité ces derniers années par les progrès de communication et de transport.

L' explosion de l'immigration depuis 2015, pose des problématiques sociales (hébergement, éducation), économiques, juridiques (statut de réfugié, visa) et de santé publique (droit à la santé, vaccination, dépistage) pour les pays d'accueil qui doivent garantir les droits de ces migrants.

III . Lien entre précarité, migrant et santé

III.1 Lien entre précarité et migrant

La précarité est l'incapacité des individus à jouir de leurs droits fondamentaux, en particulier dans le domaine de la santé. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins importante, avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la pauvreté quand « elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger ou devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (22).

Cette définition exprime la vulnérabilité, l'inquiétude et la perte de dignité de ces personnes qui basculent dans la précarité, la grande pauvreté qui s'en suit étant définie de plus par des critères économiques et financiers.

La précarité peut être la conséquence de nombreuses situations médicales (maladies chroniques, handicaps, troubles psychiatriques, personnes vulnérables et isolées), et socioéconomiques (exclusion sociale quelle qu'en soit la cause : migration, perte de revenus, chômage) .

Chez les migrants, l'entrée en précarité est plus ou moins accentuée par un cumul de vulnérabilité lié à leur parcours migratoire (séviées, torture) à leur culture et aux barrières de la langue.

III.2 Lien entre précarité et santé

La précarité limite l'accès aux soins et à la prévention . Les « précaires » sont donc un public fragile, pour lesquels il faut être vigilant sur le plan de la prise en charge médicale.

De nombreuses associations humanitaires sont actives dans le champ de la santé (médecin du monde, France terre d'asile, la croix rouge par exemple). Mais malgré le déploiement de moyens importants, la situation sanitaire des personnes précaires est de plus en plus préoccupante. Elles ont en permanence de nombreux choix à faire, essayant au mieux de parer aux urgences quotidiennes (se loger, se nourrir, se vêtir, assurer les besoins de base pour elles-mêmes et leurs familles...). Pour elles, la santé se situe dans un espace secondaire, ce qui peut engendrer un cercle vicieux : la dégradation de la santé concourt à la dégradation socio-économique, qui aggrave l'état sanitaire.

Le recours aux bilans de santé réalisés dans les centres d'examens de la sécurité sociale est possible tous les deux ans mais devrait être proposé de façon systématique pour ce public fragilisé (précaires). Ces stratégies devraient être facilitées en allant vers les lieux de vie des personnes concernées (CHRS, CADA, par exemple). L'accès à la prévention primaire (en particulier les vaccinations,) et secondaire (les dépistages, en particulier HTA et diabète), la promotion de la santé aux populations précaires, la mise en place de programmes de prévention spécifiques (éducation de base, éducation à la santé, nutritionnelle, etc.) pour les populations fragiles doivent constituer des objectifs de toutes les politiques publiques et bénéficier du soutien important de la collectivité (23).

Les migrants font souvent face, à leur arrivée, à des situations de précarité sociale et sanitaire complexes et multidimensionnelles. L'accès aux soins fait partie des difficultés rencontrées par ces primo-arrivants, souvent aggravées par les barrières linguistiques, administratives et l'absence de couverture maladie, favorisant ainsi le renoncement aux soins.

III.3 Santé des migrants

Leur prise en charge, tant pour la prévention que pour les soins, relève en France de dispositifs multiples, complexes qui ne répondent que partiellement aux besoins (24).

Selon, l'OMS, même si l'idée qu'il existe un lien entre les migrations et l'importation de maladies infectieuses est répandue, cette association n'est pas systématique (25). Les réfugiés et les migrants sont principalement exposés aux maladies infectieuses courantes en Europe, indépendamment des migrations. L'expérience démontre que, si importation il y a, elle est aussi bien le fait de voyageurs, touristes ou travailleurs que de réfugiés ou de migrants.

Les maladies des migrants sont des pathologies préexistantes ou acquises depuis leur arrivée : affections parasitaires, bactériennes ou virales, tuberculose, affections respiratoires, infections sexuellement transmissibles (VIH, VHB), maladies liées à l'environnement (diabète, HTA) ou d'adaptation (logements insalubres, perturbations familiales, du travail, du mode de vie, de l'insécurité).

Elles sont plurifactorielles, dépendant de leur pays d'origine, (origine endémique), leur parcours migratoire et leurs conditions de vie en France (camps de réfugiés, vivant dans la rue).

En France, sur le plan des obligations sanitaires légales, les migrants en situation régulière (ayant un visa de plus de 3 mois) sont soumis à l'arrêté du 11 janvier 2006 (26). Ils bénéficient d'un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'OFII à leur entrée sur le territoire. Cet examen comprend entre autre, le dépistage de la tuberculose, la vérification du statut vaccinal et le dépistage du diabète de type II chez les patients à risque.

Dans le rapport Précarité, pauvreté et santé de l'Académie de médecine, les migrants y sont identifiés comme l'une des populations qui, parce qu'elles présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité, nécessitent qu'« elles bénéficient d'une attention particulière du point de vue médical » (27).

La prise en charge des migrants est donc complexe, dictée par leurs différents statuts (demandeur d'asile, réfugié, situation irrégulière) qui leur donnent accès à différentes structures sociales et ouvrent à certains droits. Tous ces droits concourent à limiter leur précarisation afin de garantir leur subsistance et protéger leur santé physique et mentale.

Deuxième partie :

Problématiques des jeunes migrants

La problématique des mineurs non accompagnés (MNA), initialement appelés « mineurs isolés étrangers » (MIE) , a pris une ampleur croissante au cours des dernières années, dans un contexte global de crise migratoire qui touche l'Union européenne et la France. Leur prise en charge constitue aujourd'hui un défi majeur pour les pouvoirs publics et notamment les départements en charge de leur protection.

Comme l'ont montré les travaux de Daniel Senovilla Hernández¹, et notamment la récente étude « Minas » sur l'interprétation et l'application de l'article 3 (relatif à l'intérêt supérieur de l'enfant) de la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide), sécuriser le statut des migrants se présentant comme mineur, permet de déterminer les conditions nécessaires pour entamer un travail d'accompagnement socio-médico-éducatif pertinent (28). Les aléas rencontrés durant les étapes de repérage, d'orientation puis de reconnaissance de ces jeunes comme MNA sont nombreux.

Avant d'examiner les difficultés rencontrées lors de leur repérage et les dysfonctionnements de leur prise en charge, il convient de définir et de quantifier le phénomène représenté par l'arrivée en France de ces jeunes et de rappeler le droit applicable afin de comprendre les enjeux pour ces jeunes migrants d'être reconnus MNA.

¹ Titulaire depuis 2010 d'un Doctorat en Migrations internationales, il a été intégré en tant que chercheur au laboratoire MIGRINTER, du centre national de la recherche scientifique (CNRS) de l'Université de Poitiers.

I. Les MNA

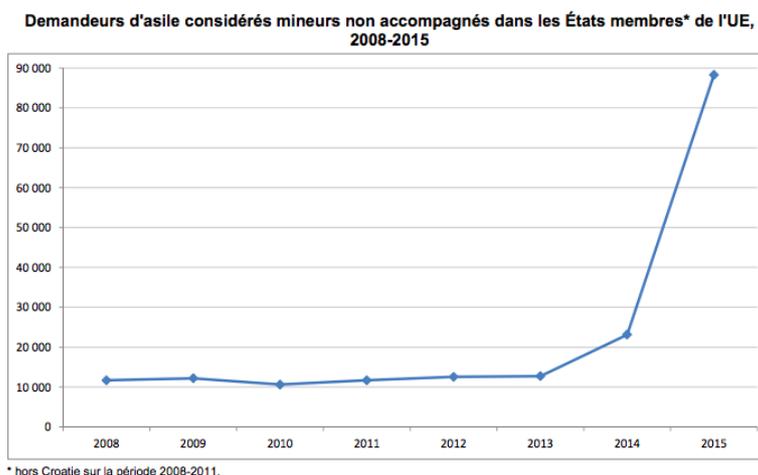
I.1 Caractéristiques des MNA

I.1.1 Données statistiques

En Europe

La problématique des mineurs non accompagnés s'inscrit dans celle de la vague migratoire. Le nombre de MNA parmi les demandeurs d'asile a ainsi explosé à partir de 2014.

Selon Eurostat, 23,1 % des demandeurs d'asile mineurs étaient non accompagnés en 2015. En 2015, 88 300 demandeurs d'asile sollicitant une protection internationale dans les États membres de l'Union européenne (UE) étaient considérés comme étant des MNA. Alors que leur nombre s'est toujours situé entre 11 000 et 13 000 dans l'UE sur la période 2008-2013, il a presque doublé en 2014 pour atteindre un peu plus de 23 000 personnes, avant de quasiment quadrupler en 2015 (29).



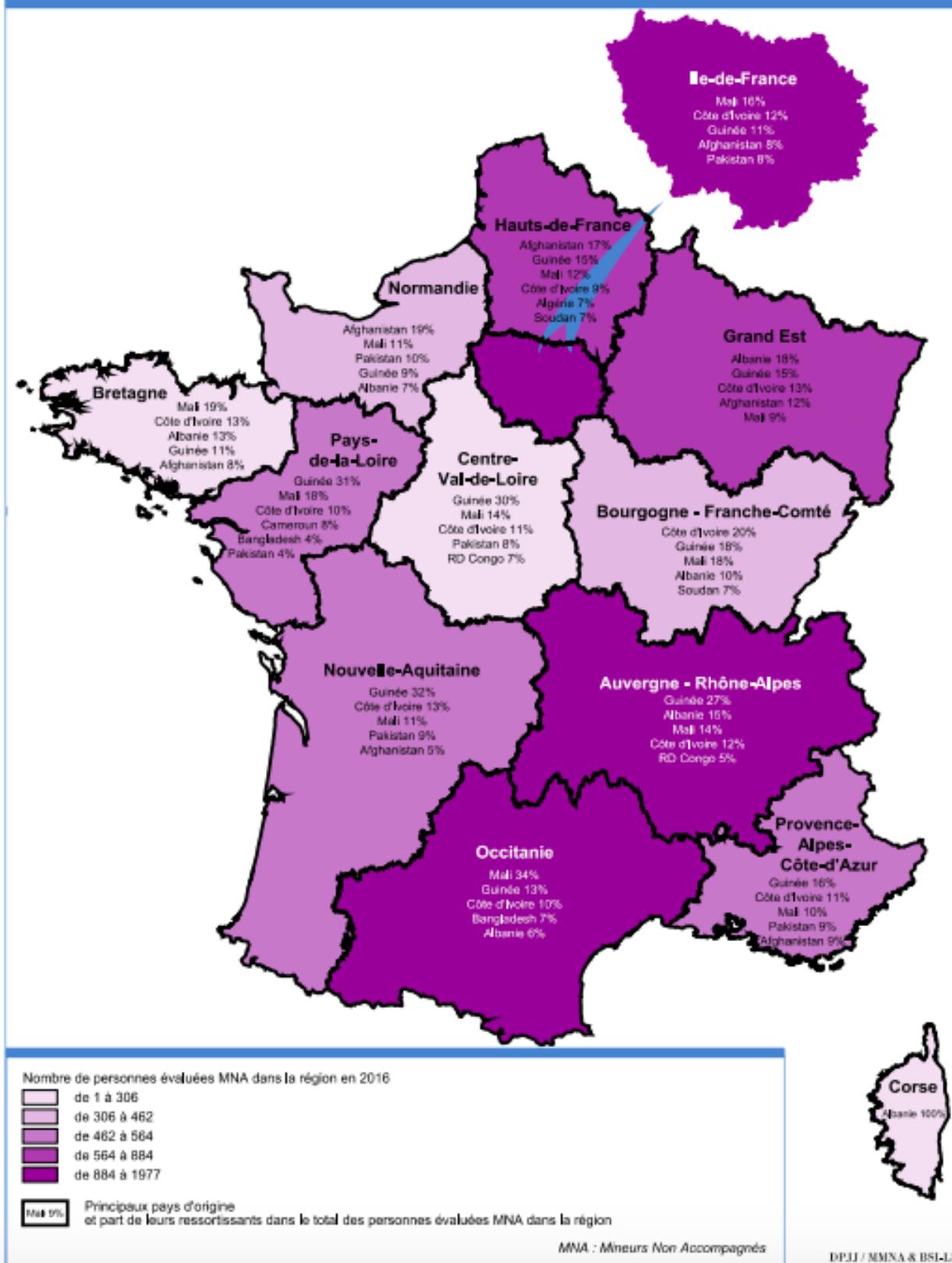
Source : EUROSTAT

En France

L'Assemblée des départements de France estimait à 4 000 le nombre de MNA pris en charge par les départements en 2010. Il était de 13 000 au 31 décembre 2016 et s'élève actuellement à environ 18 000. À ce rythme, le nombre de MNA pourrait atteindre 25 000 à la fin de l'année 2017, soit une multiplication par deux en l'espace d'un an (1). Ces chiffres ne tiennent pas compte des personnes en cours d'évaluation de minorité, ni des mineurs qui, souhaitant gagner le Royaume-Uni ou un pays d'Europe du Nord, évitent de se faire repérer par les services sociaux ou les forces de l'ordre.

Alors que la question des MNA ne concernait, il y a quelques années encore, qu'un nombre limité de départements, notamment ceux proches d'une frontière ou disposant d'un aéroport international, l'ensemble du territoire est aujourd'hui touché, y compris des départements ruraux pourtant à l'écart des routes migratoires.

Répartition des MNA par région et détail du pays d'origine en 2016

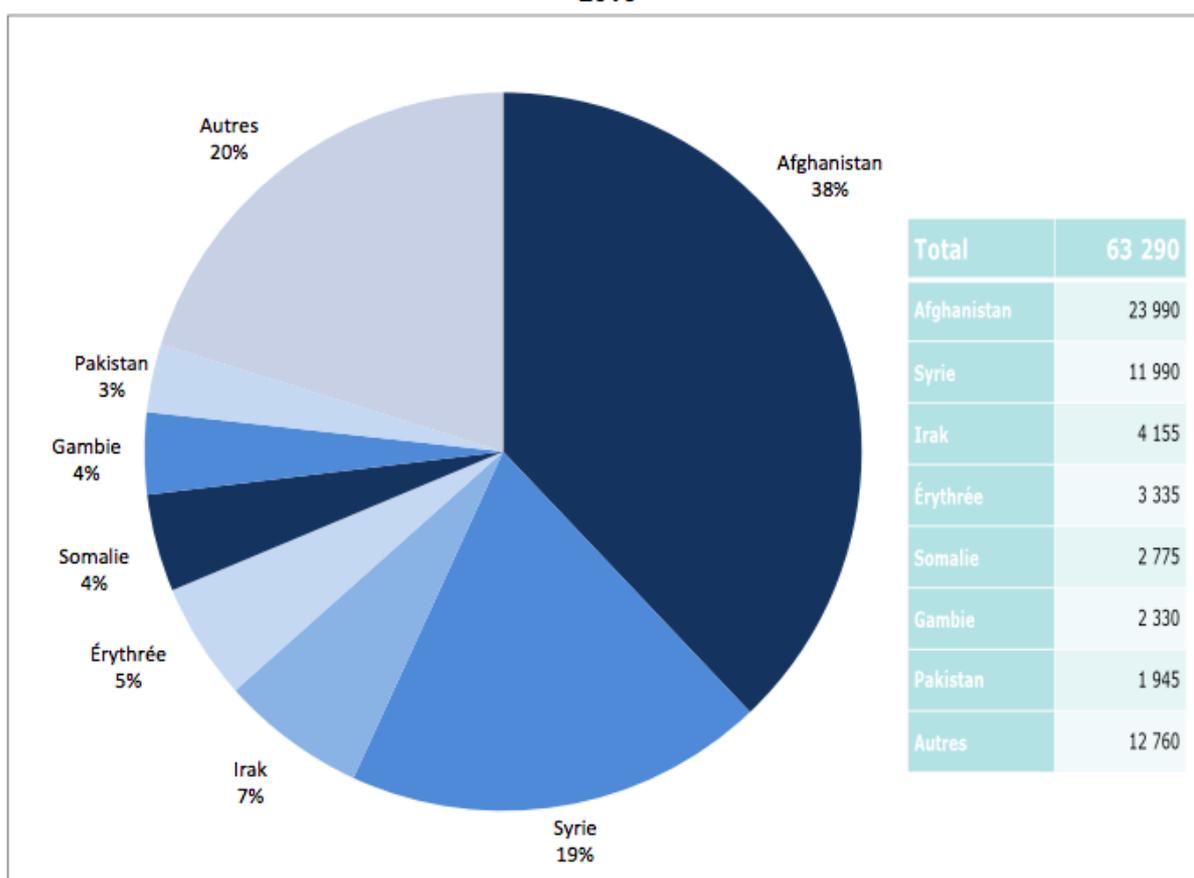


Source : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ), rapport annuel de la Mission Mineurs Non Accompagnés (MMNA) 2016

I.1.2 Pays d'origine des MNA

En 2016, la plupart des demandeurs d'asile considérés comme MNA dans les États membres de l'UE étaient Afghans (38% du nombre total de MNA enregistrés en 2016). La Syrie (19% du nombre total de MNA) représentait le deuxième pays (30).

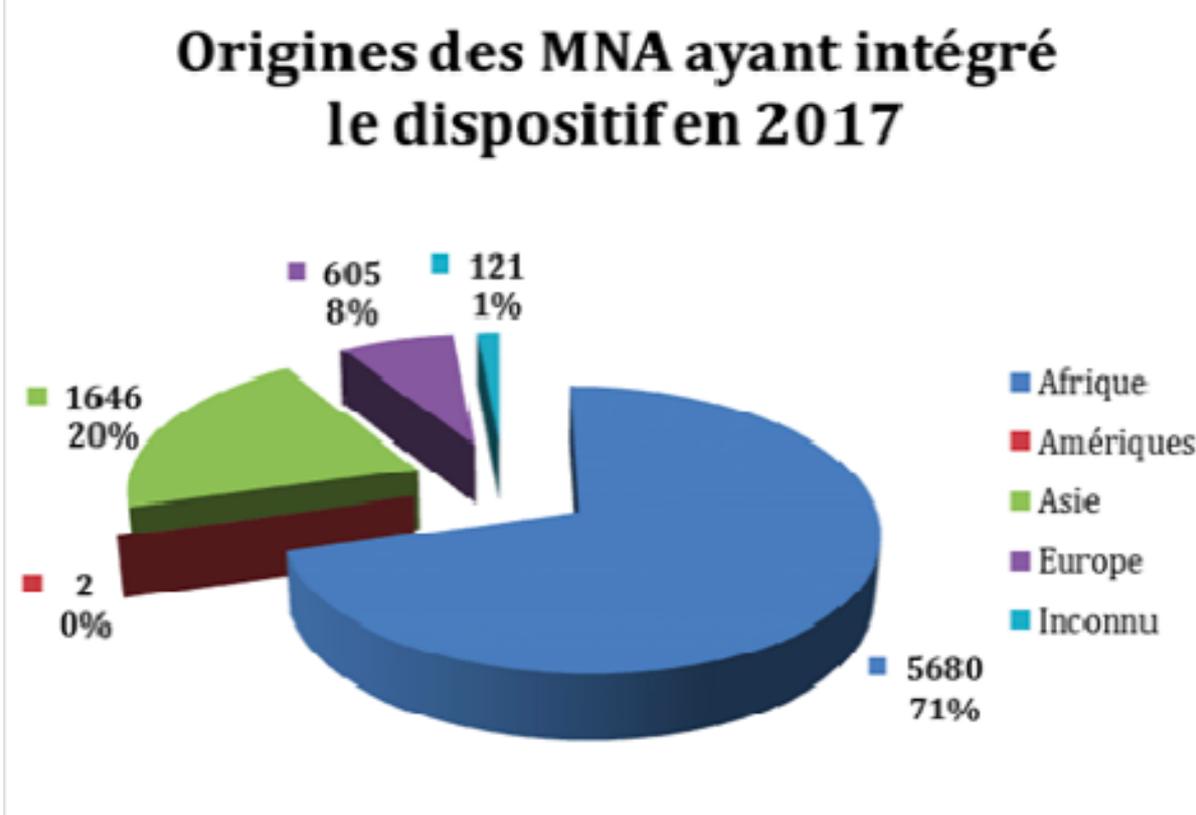
Demandeurs d'asile considérés mineurs non accompagnés dans l'UE, par pays de nationalité, 2016



Les données sources sont consultables [ici](#).

Source : EUROSTAT

En France, les statistiques du Ministère de la Justice montrent que plus de 70% des MNA pris en charge sont originaires d'Afrique, essentiellement de pays francophones d'Afrique de l'Ouest ou du Nord. À l'inverse, les personnes originaires de Syrie, d'Irak, d'Afghanistan ou de la Corne de l'Afrique qui représentent la majeure partie des demandeurs d'asile, sont beaucoup moins nombreuses parmi les MNA (31).



Source : rapport annuel d'activité de la MMNA 2017

I.1.3 Les causes de leur migration

Pour reprendre une typologie établie par la sociologue Angéline Etienne dans son étude de 2002 sur les MIE, on distingue :

- les exilés originaires de régions marquées par des conflits violents ;
- les mandatés dont le départ a été incité, voire financé par la famille ou les proches afin qu'ils puissent apprendre un métier et rembourser ultérieurement le coût de leur voyage ;
- les exploités victimes de filières de traite des êtres humains ;
- les fugueurs quittant leur milieu de vie en raison de maltraitance ;
- les errants enfants « de la rue » dans leur pays d'origine ;
- les rejoignants dont un membre de la famille plus ou moins proche se trouve déjà en Europe (32).

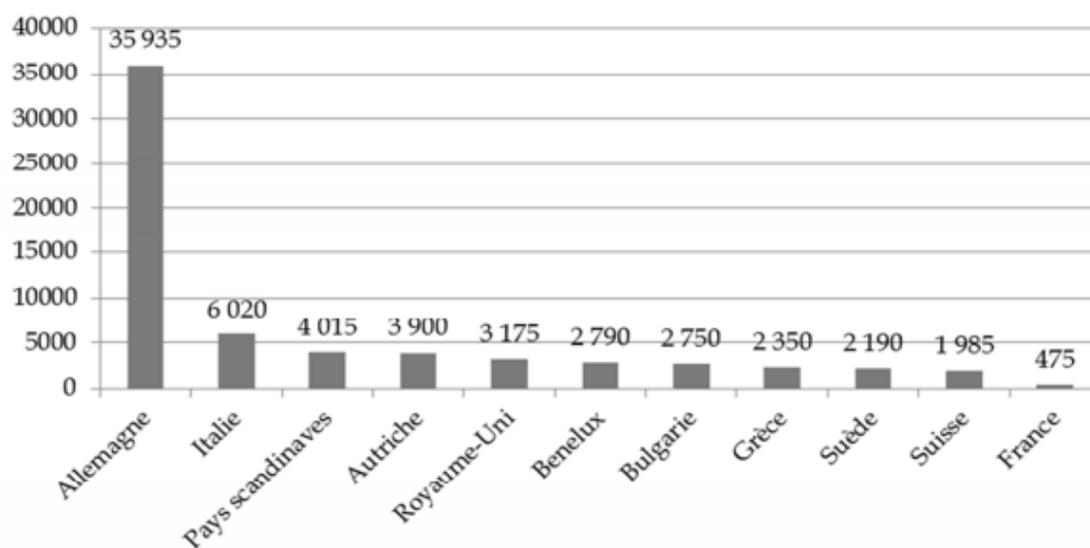
Certains fuient leur pays d'origine, dont l'instabilité politique ou sociale menace leur sécurité. D'autres voient la France comme une étape de leur parcours migratoire vers le Royaume-Uni, mais la grande majorité d'entre eux vient chercher en France des opportunités économiques qu'ils ne trouvent pas chez eux.

Les MNA seraient plus fréquemment des enfants « mandatés » pour apprendre un métier et aider financièrement leur famille. Il s'agit donc d'une population désireuse de s'implanter durablement et peu concernée par la demande du statut de réfugié, d'où un nombre très faible de MNA demandeurs d'asile (475 sur 77 000 primo-demandeurs en 2016).

Aussi, le faible nombre de demandes d'asile par les MNA peut en partie s'expliquer par le fait qu'une telle démarche n'est pas nécessaire pour accéder à la

protection de l'ASE. Toutefois, la France n'enregistre qu'environ 1 % des demandes d'asile de MNA dans l'UE, alors qu'elle enregistre 6 % des demandes d'asile, selon les données d'Eurostat.

Nombre de demandeurs d'asile considérés comme MNA en 2016



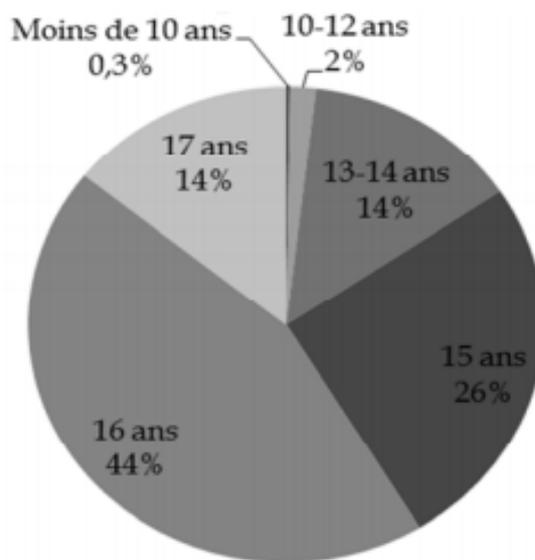
Source : Eurostat

I.1.4 Une prépondérance d'adolescents

Il ressort des statistiques du rapport annuel de la MMNA de 2017 que la majeure partie des MNA arrivant en France sont âgés de 15 à 18 ans. En 2016, près de 96 % étaient des garçons et 4% étaient des filles (31).

Il est probable que les jeunes filles soient moins nombreuses à partir. Toutefois leurs vulnérabilités en font des proies faciles pour les réseaux d'exploitation et des victimes potentielles de la traite des êtres humains.

Âge des MNA à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance pour l'année 2016



Source : DPJJ

I.2 Droits des MNA

I.2.1 Définition

Selon la définition de l'ONU, un enfant non accompagné est « une personne âgée de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable, qui est séparé de ses deux parents et n'est pas pris en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire » (33).

Les textes de référence de l'Union européenne, plus précisément la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide) et la directive européenne 2011/95/UE du Parlement européen, désignent le MNA comme « un 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, de par le droit ou la pratique en vigueur dans l'État membre concerné, et tant qu'il n'est pas pris en charge par une telle personne ; cette expression couvre aussi le mineur qui a été laissé seul après être entré sur le territoire des États membres » (34).

Jusqu'au début de l'année 2016, la notion de mineur isolé étranger (MIE) était davantage utilisée. Le changement de terminologie opéré par les pouvoirs publics correspond d'une part à une volonté d'harmonisation lexicale avec la notion utilisée par le droit européen et d'autre part au souhait de mettre en avant l'isolement plutôt que l'extranéité des mineurs concernés.

Ainsi, l'expression « mineurs non accompagnés » englobe les différentes autres expressions qui servent souvent à identifier les migrants mineurs, qu'il s'agisse des «

enfants séparés » ou « des mineurs isolés étrangers ». Dans ce cas, l'expression mineurs non accompagnés semble plus appropriée, car elle fait référence aussi bien à la minorité (moins de 18 ans), à la vulnérabilité (séparés de leurs parents ou tuteurs) qu'à l'isolement (ne bénéficient d'aucun encadrement) de cette catégorie de migrants.

I.2.2 Les MNA relèvent du droit commun de la protection de l'enfance

En terme de droit international, plusieurs conventions relatives aux Droits de l'Homme contiennent des dispositions concernant la protection des enfants dans la migration, notamment la Déclaration universelle des droits de l'Homme et la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989) (35) (36). Cette dernière constitue la norme universellement reconnue concernant les droits de tous les enfants.

Les quatre principes de la Convention qui s'appliquent aussi aux enfants migrants sont :

- le principe de non-discrimination ;
- le droit de l'enfant à la vie, à la survie et au développement ;
- le droit à la participation des enfants ;
- le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Néanmoins, cette protection est tributaire de sa condition de mineur, ce qui peut poser la question de la détermination de son âge. La procédure de vérification de l'âge du migrant ne devrait intervenir en principe que lorsqu'il ne possède pas de documents administratifs officiels prouvant son âge (37). Ainsi, ce contrôle devrait s'appliquer

uniquement aux migrants sans pièce d'identité, afin de déterminer le cadre juridique applicable (38).

Au niveau européen, la Commission européenne a lancé son Plan d'action 2010-2014 /15 sur les mineurs non accompagnés (39). Dans ce plan d'action, la Commission a reconnu la nécessité d'une approche commune de l'Union dans la recherche de solutions durables, en soulignant l'importance de l'intérêt supérieur de l'enfant.

En droit français, depuis la loi du 05 mars 2007, ces mineurs entrent dans la catégorie des mineurs « temporairement ou définitivement privés de la protection de leur famille », citée par le code de l'action sociale et des familles (CASF) et relèvent, à ce titre, de la protection de l'enfance, compétence du département, sans aucune distinction de nationalité (40) (41). La minorité et la situation de danger sont les seuls critères permettant l'admission à l'ASE.

La loi du 14 mars 2016 a consacré un dispositif de protection des MNA (la mission MNA) au sein de la DPJJ qui permet d'apporter une réponse à l'ensemble de ces enfants en privilégiant la prise en compte de leur intérêt (42). Le rôle premier de cette Mission MNA, est de s'assurer, quel que soit le département d'arrivée ou de prise en charge, qu'un MNA puisse bénéficier de la même mise à l'abri, et d'une évaluation bienveillante de qualité . La prise en charge dans son ensemble doit garantir à chaque MNA la plus grande chance de s'intégrer et la promesse de rentrer dans l'âge adulte avec un réel avenir.

Les mineurs ne sont pas soumis aux règles de séjour des étrangers. Le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) limite l'exigence de

disposer d'un titre de séjour aux personnes majeures (43). Les mineurs ne sont donc soumis à aucune exigence relative à la régularité de leur entrée ou de leur séjour et ne peuvent personnellement faire l'objet d'une mesure d'éloignement.

Les migrants reconnus comme MNA, sont donc sous la protection de l'ASE. Ils ont donc droit à un hébergement, à l'accès aux soins, à l'éducation comme n'importe quel enfant. En effet, l'accès au système d'éducation pour les enfants migrants, est identique à celui réservé aux nationaux. Conformément au code de l'éducation « Tout enfant a droit à une formation scolaire qui, complétant l'action de la famille, concourt à son éducation » (44). Il est rappelé que « l'instruction est obligatoire pour les enfants des deux sexes, français et étrangers, entre 6 ans et 16 ans » (45).

Compte tenu de ces droits, l'enjeu est de taille pour ces jeunes migrants d'être reconnus MNA. Mais il est aussi primordial pour l'état de repérer ces mineurs afin de ne pas les laisser sans protection. Toute la problématique des MNA découle de cette identification.

II. Identification des MNA

Les difficultés rencontrées résident dans leur repérage (différencier le mineur du jeune majeur). Ces diverses difficultés allongent le délai de reconnaissance du statut de MNA. Surtout, elles fragilisent non seulement les jeunes mais également les acteurs éducatifs dans leur travail et dans leur investissement autour d'un projet d'accompagnements éducatif, médical et social, alors qu'un certain nombre d'incertitudes pèsent sur le devenir de leur statut juridique et sur la nature de la mesure dont ils pourraient bénéficier. Comment alors construire et stabiliser un parcours dans ces conditions ?

L'importance d'une évaluation fine et de qualité, « à partir de laquelle la reconnaissance du statut de MNA ne souffrira pas de contestation et qui pourra servir de socle pour déterminer l'orientation éducative adaptée au regard des besoins spécifiques de ces jeunes », est primordiale (46).

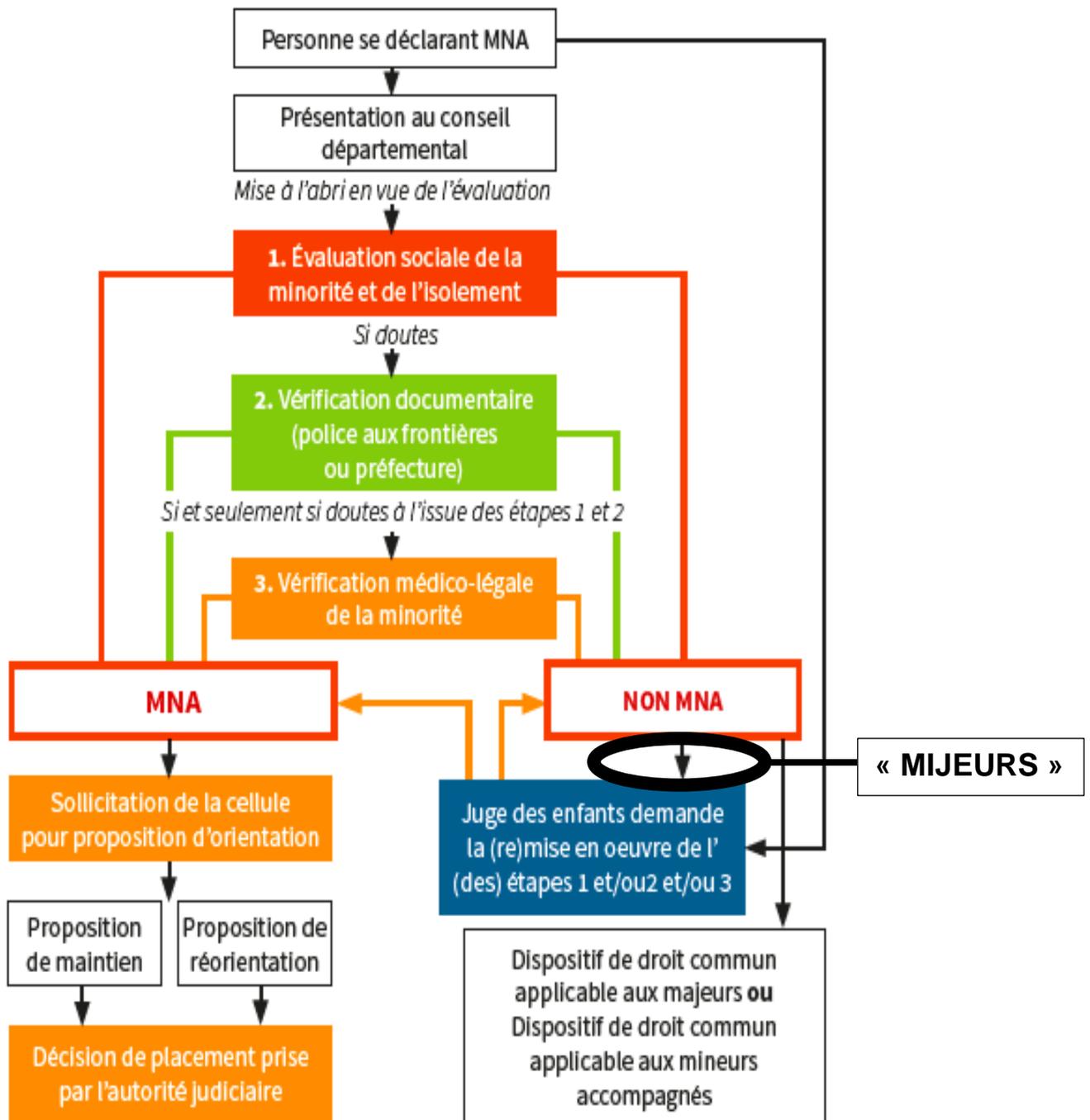
II.1 Modalités d'évaluation de la minorité et de l'isolement

L'accueil, la mise à l'abri et la prise en charge des MNA relèvent des conseils départementaux, dans le cadre de leur compétence en matière de protection de l'enfance. Elles résultent notamment des dispositions de l'article L. 223-2 du CASF, aux termes duquel le service d'aide sociale à l'enfance peut prendre en charge un mineur en danger pour une durée maximale de cinq jours « en cas d'urgence et lorsque

le représentant légal du mineur est dans l'impossibilité de donner son accord » (46). Néanmoins, face à l'ampleur prise par la problématique, les pouvoirs publics ont été amenés à organiser des circuits et des modalités d'accueil spécifiques aux MNA. La période d'évaluation et de mise à l'abri, première phase de cette prise en charge, cristallise l'essentiel des difficultés rencontrées par les départements. Outre les démarches liées à la vérification des actes produits par les migrants, l'entretien d'évaluation doit prendre en compte des critères pluridisciplinaires qui nécessitent la mobilisation de nombreuses compétences.

Afin de mieux comprendre la loi du 14 mars 2016, relative au dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des jeunes isolés étrangers, l'organigramme ci-dessous l'illustre pour tenter de rendre plus lisible leur parcours (47) .

PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE LA MINORITÉ ET DE L'ISOLEMENT



- Mise en oeuvre par l'autorité judiciaire (AJ)
- Mise en oeuvre par le conseil départemental (CD)
- Selon le cas mis en oeuvre par le CD ou l'AJ
- Saisine du juge des enfants par le jeune (directe ou suite à un refus du CD)

La mise à l'abri

Lorsqu'une personne se présente comme mineure et privée de la protection de sa famille, le président du conseil départemental doit organiser un accueil provisoire d'une durée de cinq jours et en aviser le procureur de la République comme il est tenu de le faire pour tout enfant admis dans le service de l'ASE. Cette accueil provisoire a pour but d'évaluer son âge et son isolement.

L'évaluation

Les services du conseil départemental procèdent aux investigations nécessaires en vue d'évaluer la situation de la personne au regard notamment de ses déclarations sur son identité, son âge, sa famille d'origine, sa nationalité et son état d'isolement. Tout cela est décrit dans le protocole d'évaluation de l'âge et de l'isolement (en lien avec la circulaire Taubira et l'article 6 de l'arrêté du 17 novembre 2016) (48) (49). L'évaluateur missionné par le département doit analyser la cohérence des éléments recueillis au cours d'un ou de plusieurs entretiens.

Au terme de ce délai de 5 jours, si la minorité et l'isolement sont reconnus, le conseil départemental saisit le Parquet (le procureur de la République) qui prend une décision afin de confier le jeune aux services de l'ASE d'un département. Alors, le Parquet saisit le juge des enfants compétent afin que ce dernier prenne une décision de placement pérenne. Dans l'attente de cette décision, l'accueil provisoire se prolonge au sein de l'ASE. Le jeune reste sous protection administrative avant de bénéficier d'une protection judiciaire provisoire grâce à l'ordonnance provisoire de placement (OPP) prise par le Procureur.

À l'inverse, si la situation de l'intéressé ne justifie pas sa prise en charge au titre de l'ASE, c'est-à-dire si la minorité ou l'isolement du jeune ne sont pas reconnus, une décision de refus lui est notifiée. Ce refus de prise en charge peut être contesté devant le Juge des enfants, par saisine directe de ce dernier par le jeune.

Par ailleurs, les papiers du jeune font foi, jusqu'à preuve du contraire, d'après l'article 47 du Code Civil : « Tout acte de l'état civil des français et des étrangers fait en pays étranger et rédigé dans les formes usitées dans ce pays fait foi, sauf si d'autres (...) établissent, le cas échéant après toutes vérifications utiles, que cet acte est irrégulier, falsifié (...). » (50).

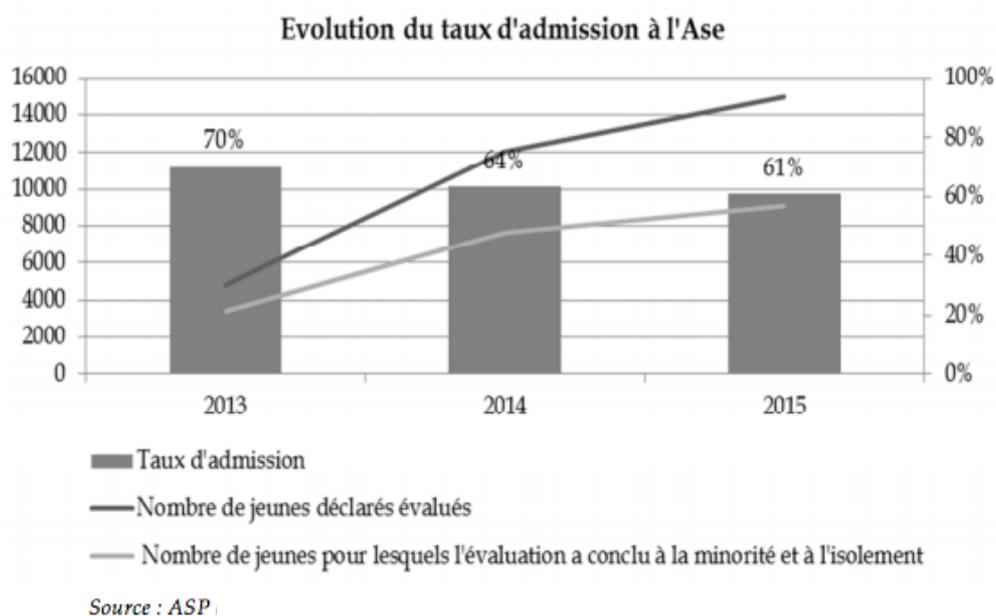
Si et seulement si un doute persiste à l'issue de l'évaluation sociale et d'une éventuelle vérification documentaire, le président du conseil départemental peut également saisir l'autorité judiciaire, pour que celle-ci ordonne, si elle l'estime nécessaire, un examen radiologique osseux, ce qui consiste en une évaluation médico-légale de la minorité.

Le principal objet de l'évaluation est donc de déterminer la réalité de l'âge allégué par le jeune. Or il n'existe pas de moyen irréfutable de vérifier la minorité d'une personne. De plus, les documents d'état civil des pays d'origine sont délivrés dans des conditions ne permettant pas de s'assurer de leur fiabilité et sont généralement aisément falsifiables. Les évaluateurs sont donc conduits à apprécier la réalité de la minorité des jeunes qu'ils ont en face d'eux à partir d'un faisceau d'éléments peu objectivables, ce qui ouvre la voie à des critiques. Ils remettent notamment en question l'intérêt des tests osseux.

II.2 Les difficultés d'une évaluation objective

Les données communiquées par l'agence des services de paiement (ASP)², font apparaître que, entre le troisième trimestre 2013 et le deuxième trimestre 2016, 39 515 personnes ont fait l'objet d'une évaluation, dont 24 136, soit 61 % ont été déclarées mineures et isolées.

Toutefois, on observe un net fléchissement de ce taux, qui est passé de 70 % en 2013 à 49 % au second trimestre 2016. Il ressort du rapport du Sénat de 2017 que la part des évaluations concluant à la minorité et à l'isolement est aujourd'hui proche de 40 % à l'échelle nationale et ne dépasse pas 15 % dans certains départements (1).



² établissement public français qui a été créé le 1^{er} avril 2009. Sa mission est de contribuer à la mise en œuvre de politiques publiques, nationales et européennes, en appuyant les décideurs publics.

II.2.1 Durée de la phase d'évaluation

L'organisation de cette évaluation, ainsi que la durée de 5 jours, sont critiquées. En effet, selon la recommandation de l'avis de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme : « Un délai raisonnable doit être consacré à l'évaluation de l'âge, qui ne peut en aucun cas être réalisée dans la précipitation. Le délai de 5 jours prévu par le CASF pour le recueil provisoire d'urgence est destiné à la protection des enfants et non à la détermination de l'âge. En pratique, une telle durée s'avère, dans la majorité des situations, insuffisante pour une évaluation rigoureuse de l'âge et des besoins du mineur permettant une prise en charge appropriée. » (51).

II.2.2 Remise en question des récits

Le référentiel national fixé par l'arrêté du 17 novembre 2016 souligne à juste titre que l'évaluation doit être « empreinte de bienveillance » (49).

Or, il apparaît que l'évaluation se fait trop souvent dans un climat de méfiance entre les différents acteurs amenés à intervenir auprès de l'enfant. Le monde associatif porte ainsi un regard très critique sur la manière dont sont réalisées les évaluations, considérant que les évaluateurs remettent trop systématiquement en cause les déclarations des évalués, qu'ils considéreraient a priori comme des majeurs. Afin d'évaluer la réalité d'un récit parfois enseigné par les passeurs, les évaluateurs se doivent d'en rechercher les incohérences ou les lacunes. Or, les faiblesses du récit peuvent résulter d'une mémoire défaillante au terme d'un périple long et éprouvant.

De plus, il est courant que l'arrivée d'un jeune originaire (ou disant être

originaire) d'une localité soit suivie, dans les jours et les semaines qui suivent, de l'arrivée dans le même département d'autres jeunes porteur d'un récit similaire. Ces arrivées s'inscrivent donc dans la logique de périples organisés depuis les pays d'origine par de véritables filières qui connaissent très bien le fonctionnement de l'ASE en France. Au demeurant, le fait qu'un récit soit manifestement faux et enseigné par un passeur ne permet pas à lui seul de déterminer que le jeune évalué est majeur. A l'inverse, les évaluateurs, vivent mal la suspicion dont ils sont l'objet de la part des acteurs associatifs.

II.2.3 Le manque de fiabilité des documents d'identité

L'article 47 du code civil pose le principe selon lequel tout acte d'état civil étranger fait foi à condition d'être rédigé dans les formes usitées dans le pays qui l'a émis (50). Cette présomption peut être écartée s'il existe des éléments de nature à prouver que l'acte est irrégulier ou faux.

Les personnes se présentant comme MNA disposent fréquemment d'un document, bien souvent un acte de naissance. Toutefois, la fiabilité de ces documents est loin d'être absolue. D'une part, ces documents proviennent souvent de pays ou de régions dans lesquels les conditions économiques, technologiques et politiques, a fortiori il y a plus de 15 ans, ne permettent pas la tenue rigoureuse de registres d'état civil. D'autre part, il s'agit de documents qui, de par leur format, sont aisément falsifiables.

II.2.4 Utilisation des tests osseux

L'évaluation de l'âge par les tests osseux est décriée par de nombreuses institutions de défense des droits. Sa persistance alimente les polémiques. En effet, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, le Haut Conseil de la Santé Publique, le défenseur des droits et l'Académie de médecine, ont tous demandé l'interdiction de ces tests, ou du moins qu'ils ne soient pas le fondement de l'évaluation de l'âge (52) (53) (54).

De plus, ils sont sujets à de nombreuses réserves éthiques, comme l'a souligné le Comité Consultatif National d'Éthique en 2005 (55).

La détermination de l'âge osseux correspond au besoin de disposer d'une méthode d'évaluation du développement de l'enfant et de sa maturation, indépendamment du simple âge civil, dans un but diagnostique du retard ou de l'avancé statural de l'enfant.

La méthode de très loin la plus utilisée est le recours à l'atlas de Greulich et Pyle. On reproche à celui-ci d'avoir été établi à la fin des années 50 sur une population d'enfants nord-américains essentiellement caucasienne et de niveau socio-économique élevé ne correspondant pas à celle des MNA.

Cette méthode consiste à apprécier le degré de maturation des points d'ossification sur une radiographie du poignet et de la main gauches, et de le comparer aux radiographies de l'atlas du même sexe, pour trouver celle dont l'aspect s'approche le plus. Le résultat est un âge moyen associé à une marge d'erreur qui peut atteindre 12 à 18 mois. De plus le risque d'erreur augmente avec l'âge de l'individu et il est plus important chez les garçons et les filles âgés de 14 à 18 ans (56).

Sur le plan juridique, la loi du 14 mars 2016 permet un encadrement des tests osseux (42). Elle affirme le caractère subsidiaire du recours aux examens d'âge osseux, c'est-à-dire si l'individu ne dispose pas de documents d'identité valables et fait état d'un âge qui n'est pas vraisemblable. Ils ne peuvent être ordonnés que sur décision judiciaire après recueil de l'accord de l'intéressé. La détermination de la minorité ne peut reposer sur les seules conclusions de cet examen et le doute doit profiter à la personne. Ce même article prohibe par ailleurs toute évaluation de l'âge à partir de l'examen du développement pubertaire des caractères sexuels primaires et secondaires.

Le Conseil National de l'Ordre des médecins, dans un communiqué du 9 Novembre 2010, demande que « les actes médicaux dans le cadre des politiques d'immigration soient bannis, en particulier les radiologies osseuses » (57).

L'évaluation doit donc s'appuyer sur des faisceaux d'arguments et en aucun cas avoir recours systématiquement et exclusivement aux tests osseux.

Une évaluation à la fois fiable et rapide est nécessaire pour garantir les droits des mineurs et leur assurer une prise en charge adaptée, tout en évitant que des majeurs cherchant à bénéficier de la protection que notre droit offre aux mineurs demeurent trop longtemps au sein des dispositifs de protection de l'enfance.

Pour toutes ces raisons, il est difficile de repérer les MNA, des jeunes majeurs. De ce fait, certains jeunes sont exclus du dispositif de protection de l'enfance car considérés comme majeurs sans que leur minorité n'ait pourtant été formellement contestée ni leur majorité formellement avérée.

Dans de telles circonstances, ces jeunes, considérés comme majeurs par les services départementaux de protection de l'enfance continueront à être considérés comme mineurs lors d'autres démarches de leur vie civile.

Ces jeunes sont très souvent assimilés à des adultes et de ce fait, ils sont considérés comme des migrants irréguliers pour le pays d'accueil. Ainsi, la question de leur protection est souvent occultée.

Ce sont ces jeunes, appelés les « mijeurs » qui pose des problèmes de prise en charge. Ce statut indéfini entre majeur et mineur, les entravent dans la quête de leurs droits (hébergement, éducation, santé).

III. Les « mijeurs » : Flou administratif

La situation de ceux qu'on appelle les « mijeurs », qui n'ont accès ni aux dispositifs de l'ASE ni aux structures pour majeurs, est alors particulièrement précaire : elle l'est d'autant plus à un âge où le délai de quelques mois peut entraîner l'accès à la majorité. À cet égard, il est souhaitable qu'un certain nombre de règles juridiques, notamment relatives à la détermination de l'état civil, soient clarifiées.

III.1 L' hébergement

Pendant la phase de mise à l'abri et d'évaluation, d'une durée de cinq jours, les jeunes migrants sont en théorie pris en charge par l'ASE. Mais l'importante augmentation du flux de demandes de prise en charge des jeunes migrants a mécaniquement placé sous tension les capacités d'hébergement disponibles des départements qui sont dans l'obligation de les mettre à l'abri.

Les conseils départementaux recourent, dans leur majorité, à un modèle d'hébergement spécifique pour les jeunes en attente d'évaluation. Ils font souvent intervenir un acteur associatif, délégataire du conseil départemental, gestionnaire d'une structure d'accueil dont le bâti est mis à sa disposition par le conseil départemental.

Dans la majorité des cas, les structures d'accueil sont dans l'incapacité d'héberger la totalité des jeunes demandeurs de prise en charge. Pourtant, l'obligation de mise à l'abri des jeunes est une obligation légale incombant aux autorités publiques.

Au terme de l'évaluation, si la minorité et l'isolement ne sont pas reconnus, le « mijeurs » peut contester cette décision par saisie directe du juge des enfants.

Pendant toute la procédure qui peut prendre des mois, le jeune n'a pas accès aux hébergements sociaux. Du fait de sa minorité non reconnue, il n'est pas pris en charge par l'ASE, mais à l'inverse du fait de leur minorité supposée et pourtant en cours de probation, ils ne peuvent pas solliciter les services d'hébergement du 115, réservés aux majeurs. Ils se retrouvent alors à la rue, dans des abris de fortune.

De plus, le fait d'être privé d'un hébergement, limite l'accès à l'hygiène (douches, sanitaires) ; à un repas. Ces jeunes, constituant un public fragile, ayant connu un parcours migratoire difficile, sont contraints de survivre dans la rue. L'absence d'hébergement ne fait qu'aggraver leur précarisation et les mettent ainsi en situation de danger.

Des initiatives citoyennes spontanées soutenues par le milieu associatif visant à héberger des jeunes isolés étrangers se sont développées. Pour louable que soit l'intention, elle présente des risques importants qui conduisent à exprimer de grandes réserves à leur égard car l'accueil d'un jeune étranger par une famille bénévole ne peut se faire qu'après l'émission par le parquet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP). Tout hébergement offert sans décision judiciaire engage la responsabilité personnelle de l'accueillant.

Le principe de « présomption de minorité » devrait être appliqué jusqu'à la décision finale du juge des enfants. La question de l'hébergement des « mijeurs », est complexe du fait de l'incertitude de leur minorité mais il est inacceptable que ces jeunes se retrouvent à la rue.

III.2 L'accès aux soins

Leur précarisation limite l'accès aux soins et à la prévention . Les « mijeurs » sont donc un public fragile, pour lesquels il faut être vigilant sur le plan de la prise en charge médicale.

III.2.1 Leur droit à la sécurité sociale

Les « mijeurs » sont assimilés à des étrangers en situation irrégulière et bénéficient à ce titre de l'AME. Cependant, dans les faits, les personnes qui se déclarent mineures ne sont pas soumises, au contraire des majeurs, à une présence de trois mois sur le territoire français. Ces personnes peuvent donc demander l'AME dès leur arrivée en France.

Néanmoins, la personne se déclarant mineure doit fournir une adresse ou une domiciliation d'un organisme agréé ou d'un centre d'action sociale dont les mineurs n'ont pas accès. Les « mijeurs » étant pour la plupart à la rue, n'ont pas d'adresse à fournir, ce qui ne facilite pas leur demande d'AME.

La présomption de minorité, qui doit bénéficier au migrant non évalué qui l'allègue, vaut ainsi présomption de régularité du séjour. L'exclusion de la Puma (dont bénéficie les MNA) et l'éligibilité à l'AME de ces publics sont donc injustifiées. Outre l'incohérence juridique, la non-admission des « mijeurs » à la Puma les empêche d'accéder aux structures de soins psychologiques réservées aux jeunes, tels les centres médico-psychologiques (CMP) dont les frais ne sont pas couverts par l'AME.

III.2.2 Un obstacle à la prise en charge médicale

Un médecin n'a pas le droit de prodiguer des soins à un mineur sans l'accord parental (58).

Or ici, nous nous retrouvons souvent face à des migrants possédant des papiers de mineurs mais en attente de reconnaissance par le juge des enfants, de leur minorité et donc de la mise en place d'un tuteur. En raison de l'absence du titulaire de l'autorité parentale, le professionnel de santé peut légitimement se montrer réticent à pratiquer sur un patient qui se prétend mineur un acte pour lequel le consentement à recueillir doit être celui du représentant légal. Le praticien prend un risque important qui engage sa responsabilité médicale en le soignant. Il conviendrait donc de redéfinir les limites de la responsabilité médicale des professionnels de santé lorsque des situations d'urgence imposent d'opérer des actes médicaux sur un jeune migrant dont la minorité et l'isolement ne sont pas établis.

La prise en charge sociale des jeunes se présentant comme MNA est donc périlleuse. Leurs droits sont souvent remis en question, du fait de l'incertitude sur leur âge réel. Il conviendrait d'éclaircir ce statut de « mijeurs ».

Cette confusion administrative pose de réels problèmes en matière de prise en charge médicale. Il serait nécessaire d'établir des prises en charges adaptées au « mijeurs » afin d'harmoniser les pratiques.

Troisième Partie : la PASS

Faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies est une priorité de santé publique.

I. Création des PASS

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des structures majoritairement hospitalières qui assurent un accueil médico-social des patients en situation de précarité, dont une partie importante est constituée de migrants.

Il en existe plus de 400 en France, avec des modes d'organisation très divers (59). La Nouvelle Aquitaine compte 42 PASS, dont 5 en Charente (60). Principalement implantées au sein des hôpitaux publics, nombre de ces structures associent des soignants (médecins et infirmiers) et des travailleurs sociaux, permettant ainsi d'appréhender des situations médico-psychosociales complexes avec une approche de santé globale.

Dans les années 1990, l'augmentation de la pauvreté et de la précarité en France entraîne un remodelage du système de soins, d'où la mise en place d'une nouvelle mission hospitalière : celle de la lutte contre l'exclusion sociale. Pour ce faire, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, prévoit dans le cadre de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) la mise en place dans les hôpitaux de PASS (61).

Le rôle de ces dernières est défini par la circulaire du 18 juin 2013 (62). Il est stipulé qu'elles doivent, entre autres, comprendre : « des permanences adaptées aux

personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. ».

Depuis 2007, les PASS sont contrôlées par les Agences Régionales de Santé (ARS) qui les financent, par l'intermédiaire de dotation dans le cadre de Mission d'intérêt général (MIG).

Ces structures ont évolué, et à la fin de l'année 2009, apparaissent des PASS spécialisées dans certains domaines pour lesquels l'accès aux soins est particulièrement difficile : PASS buccodentaires et PASS psychiatriques. Enfin certaines PASS bénéficient de crédits spécifiques afin d'exercer au niveau régional une fonction de coordination, d'appui et d'expertise auprès des acteurs des autres PASS de la région, nommées PASS à vocation régionale.

Elles sont aujourd'hui gérées dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 (63).

II. Le rôles des PASS

Les missions des PASS s'inscrivent dans un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) du projet régional de santé (64).

Trois types d'activité doivent être distingués :

- Après des patients :
 - Repérer les difficultés des situations vécues ;
 - Favoriser le retour dans le circuit de droit commun (obtention d'une couverture sociale) pour accéder au parcours de soins coordonnés ;
 - Accompagner dans les démarches de soins dans l'établissement ou à l'extérieur ;
 - Accompagner dans les démarches vers les services ou établissements ; sociaux (hébergement, protection de l'enfance, insertion sociale et où professionnelle) ;
 - Évaluation de l'état de santé, conseils et actions de prévention ;
 - Délivrance gratuite de médicaments.

Ces actions sont menées par l'intermédiaire d'entretiens sociaux, et de consultations infirmières et médicales.

- Auprès des professionnels de l'établissement (hôpital) :

sensibilisation, information, formation, définition de protocoles dans les différentes situations, afin d'améliorer la réactivité et garantir la collaboration de tous face aux problématiques de précarité.

- Auprès des partenaires extérieurs à l'établissement, intervenants du secteur sanitaire, acteurs du champ social et tous professionnels agissant dans le réseau local de précarité, au sens large :

La PASS doit être un partenaire actif du réseau et formaliser le plus possible, par courriers ou par conventions, la teneur de ses échanges avec tous les partenaires : caisses d'assurance maladie, services du conseil général (protection maternelle et infantile), centres communaux d'action sociale, services municipaux de santé, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, associations humanitaires, structures médico-sociales, autres établissements de santé, ou encore médecins libéraux.

Les patients pouvant bénéficier des consultations à la PASS sont des patients en situation de précarité qui ont besoin de soins et qui ne peuvent y accéder en raison de l'absence d'une couverture sociale ou pour d'autres raisons d'ordre social (patient désocialisé, SDF, migrants en situation irrégulière).

III. Organisation des PASS

Même si la Circulaire du 18 juin 2013 tente de définir un cadre pour le fonctionnement des PASS, elle n'a pas indiqué d'organisation type (64).

La permanence est habituellement située dans un établissement de santé, mais peut cependant être localisée sur un site en dehors de l'enceinte de l'établissement, de manière à faciliter l'accès de certains publics. Dans la majorité des cas, elles sont rattachées à un service d'urgence ou un service social.

Il existe 2 grands modes d'organisation :

- Les PASS centralisées, dont l'action s'effectue pour l'essentiel sur un local dédié
- Les PASS transversales, dont l'activité est peu localisée car portée par un ensemble de professionnels sociaux et sanitaires dans l'établissement.

Il convient que la PASS soit facilement identifiable et accessible aux patients, ainsi qu'aux acteurs internes et externes à l'établissement de santé.

Pour ce faire, elle dispose de personnel dédié, en particulier d'un référent social, d'un référent médical et d'infirmières.

L'aménagement de ses structures, dépend de la volonté des acteurs à créer et faire évoluer la structure, en fonction de leur pratique et des besoins des usagers.

C'est en analysant les situations, les demandes et les besoins de la population prise en charge, mais, aussi, en remettant régulièrement en question les dysfonctionnements, que les acteurs essaient d'adapter ou de transformer l'organisation, pour une meilleure efficacité. Des comités de pilotages locaux se réunissent plusieurs fois par an dans ce but.

IV. Problématique des PASS

La difficulté majeure est d'assurer la coordination avec le reste du système de santé (hospitalier et ambulatoire).

Les liens avec les services d'urgence doivent être renforcés, de même que la création de partenariats avec les associations du monde social et médico-social, notamment dans le cadre de la lutte contre la grande exclusion.

Les relations avec la médecine ambulatoire et les associations sont compliquées en pratique. Il existe un chevauchement des tâches entre ces différents intervenants. L'hétérogénéité du fonctionnement et des pratiques génèrent des difficultés de coordination.

Les moyens humains sont souvent insuffisants et inégaux. D'après le rapport de médecin du monde sur les PASS, certaines PASS disposent de 3,5 équivalent temps plein (ETP) alors que d'autres disposent à peine de 2,5, le plus souvent sans médecin dédié. Ces structures doivent impérativement être renforcées (59).

Il existe donc une grande disparité entre les différentes permanences d'accès aux soins de santé sur le territoire national. Par exemple, en Charente, la PASS de Ruffec n'a pas actuellement de personnel soignant.

V. La PASS d'Angoulême

V.1 Organisation

La PASS d'Angoulême est une structure du Service Accueil Urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême (CHA) créée en 2002. Elle fait partie de l'unité fonctionnelle de l'ELSA-PASS regroupant la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et l'équipe liaison en soins en addictologie (ELSA).

Les locaux sont situés en dehors du services des urgences, à l'entrée du CHA, afin de leur permettre d'être identifiés comme une entité à part entière, vis-à-vis des partenaires mais aussi des patients.

Le personnel est composé :

- D'un médecin responsable, (0,10 ETP) qui a pour mission l'information et la sensibilisation des autres professionnels médicaux. Il suit les dossiers en cours, définit les besoins médicaux et oriente les patients dans leur prise en charge médicale. Il réalise des consultations médicales à la demande des infirmières du service. Il participe au comité de pilotage avec l'ARS et les partenaires sociaux, afin d'améliorer et de s'harmoniser sur la prise en charge de ces patients complexes.

- De 3 infirmières qui partagent leur activité (2,15 ETP) entre la PASS (0,5 ETP) , l'ELSA et les permanences du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CARRUD). Au sein de la

PASS, elles ont pour mission d'évaluer l'état de santé des patients afin de les orienter vers les services adaptés : les urgences si leur état le nécessite, les consultations spécialisées ou le médecin de la PASS. Pour cela un questionnaire santé a été élaboré, traduit dans plusieurs langues (annexe 2). Elles ont aussi une mission de conseil et de prévention. Elle s'assure que le bilan systématique de santé public soit réalisé. Elles permettent de faire le relai entre les différents services médicaux et les partenaires sociaux, assurent la délivrance des médicaments, et accompagnent les patients dans la recherche d'un médecin traitant afin d'anticiper leur retour dans le circuit de droit commun.

- D'une conseillère en économie sociale et familiale, qui est le premier interlocuteur des patients. Elle réalise la première consultation afin d'identifier les besoins sociaux (couverture maladie, hébergement). Elle accompagne les patients dans leur démarche administrative. Elle gère aussi l'informatique et tient à jours les statistiques. Elle occupe un ETP.

- D'une assistante sociale qui évalue la situation et accompagne les patients dans les démarches administratives (ouverture des droits) et sociales (hébergement, protection de l'enfance, insertion sociale et/ou professionnelle). Elle occupe un demi ETP.

L'ensemble du personnel partage leurs compétences pour permettre une prise en charge globale du patient et font systématiquement le relais vers l'extérieur.

La PASS reçoit toute personne en situation de précarité du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h à 17h adressée par :

- un service de l'hôpital, le plus souvent les urgences mais aussi les services administratifs ;
- une structure extérieure, les associations telles que médecin du monde, les accueils d'urgences (CHRS), l'ASE ;
- ou se présentant spontanément.

Afin de se faire connaître, les infirmières effectuaient des permanences dans les structures sociales telles que les CHRS. Mais, depuis 2009, avec l'explosion du nombre de patients pris en charge ces dernières années, elles n'ont plus le temps d'intervenir à l'extérieur. Un projet de PASS mobile est en cours.

V.2 Les outils

Pour améliorer la prise en charge des patients, et éviter les pertes d'information, et permettre une meilleure coordination avec les partenaires sociaux. la PASS d'Angoulême a développé de nombreux outils.

Au sein de la PASS, le médecin référent et les infirmières ont établis des protocoles de prises en charge médicale concernant les principaux motifs de consultations (douleurs dentaires, céphalées, troubles du sommeil). (annexe 3)

Un questionnaire santé, traduit en plusieurs langues, a également été rédigé afin de faciliter la communication et la compréhension des motifs de venues. (annexe 2).

De nombreuses réunions avec les différents partenaires sociaux extérieurs ont permis de prendre connaissance d'une fiche santé créée par les associations. Cette fiche santé permet un lien entre ce qui a été fait à l'extérieur et ce qui va être fait à la PASS. (annexe 4)

Au sein de l'établissement, afin d'expliquer aux divers services le fonctionnement, le rôle et les missions de chacun, un organigramme a été créé, reprenant chaque étape de la prise en charge des patients au sein de la PASS. (annexe 5)

Tous ces outils concourent à améliorer la prise en charge des patients au sein de la PASS, afin d'éviter de multiplier les examens, les démarches administratives déjà réalisées et permettent au patient d'avoir une traçabilité des examens effectués.

V.3 Les partenaires

La PASS travaille avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux vaste, dont les plus concernés par les MNA sont :

- Les professionnels médicaux :
 - La caisse primaire d'assurance maladie, le centre d'examen de santé ;
 - Le CeGGID : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles ;

- Le Centre de prévention de la Charente qui comprend le centre de vaccination et le centre de lutte anti-tuberculose (CLAT) ;
 - Le centre médico-psychologie « le lieu-dit » ;
 - Les médecins généralistes ;
 - Le service de protection maternelle et infantile (PMI) ;
 - Le centre de planification et d'éducation familiale.
- Les partenaires sociaux :
- Les associations : Médecin du Monde, AADMIE-RESF 16 (association d'aide et de défense des mineurs isolés étrangers) ;
 - Les centres d'hébergement : centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centre d'accueil et d'orientation (CAO), CADA, centre d'hébergement social 115 ;
 - Le centre départemental de l'enfance (CDE).

La prise en charge des patients de la PASS fait appel à de très nombreuses structures. Une collaboration entre ces structures est primordiale pour organiser une prise en charge globale, efficiente et cohérente, en particulier dans le cas des « mineurs » dont le statut juridique ambiguë complique encore la situation et multiplie les intervenants qui passent de structures pour mineurs, à des structures pour majeurs. Il est donc primordial de s'accorder sur une seule et même prise en charge médicale afin d'éviter de réitérer les examens.

Quatrième Partie : l'Étude

I. Objectifs de l'étude

Parce que la situation des migrants se présentant comme MNA, est complexe et souvent confuse, notre étude vise à faire un état des lieux sur les difficultés rencontrées dans leur prise en charge médico-sociale réalisée à la PASS d'Angoulême afin d'émettre des propositions pour améliorer celle-ci. Ainsi, il semblait important d'évaluer l'état de santé de ces personnes afin de pouvoir les orienter vers des soins adaptés. L'objectif de l'étude étant de mieux connaître leurs situations et leurs besoins sanitaires afin d'adapter les réponses socio-médicales.

L'objectif principal de cette étude était d'étudier l'état de santé, les caractéristiques socio-administratives (statut administratif, couverture sociale et lieu d'hébergement) et les motifs de consultation des jeunes migrants se présentant comme mineurs, à partir des données d'un échantillon de migrants pris en charge à la PASS d'Angoulême de janvier à décembre 2017.

Les objectifs secondaires étaient :

- mettre en évidence les facteurs limitant la qualité de prise en charge.
- l'analyse de la pertinence du protocole de prise en charge mis en place par la PASS
- l'impact de cette prise en charge en matière de santé publique.

II. Patients et méthodes

II.1 Patients

Une étude analytique rétrospective monocentrique a été réalisée dans le service de la PASS d'Angoulême entre le 1^{er} Janvier 2017 et le 31 Décembre 2017.

Tous les patients se présentant comme mineurs non accompagnés ayant consulté pour la première fois en 2017 dans le service de la PASS d'Angoulême ont été inclus.

La recherche des dossiers a été réalisée à partir du logiciel DMU du service des urgences (logiciel commun avec celui de la PASS) et les données manquantes ont pu être récupérées par l'intermédiaire du personnel de la PASS et de leurs partenaires extérieurs.

Les critères d'exclusion ont été : un âge déclaré supérieur à 18 ans, la nationalité française et l'absence d'isolement familial en France.

II.2 Méthodes

Pour tous les patients inclus, les éléments suivants ont été relevés :

- sur le plan épidémiologique : l'âge, le sexe et la nationalité ;
- sur le plan social : le statut juridique officiel, le lieu d'hébergement, la couverture maladie ;

- sur le plan médical : le motif de consultation, les pathologies dépistées, les orientations éventuelles vers un spécialiste, les traitements délivrés, la réalisation du questionnaire santé, la réalisation d'un courrier de synthèse adressé au médecin traitant ;

- sur le plan de la santé publique : la réalisation d'un dépistage systématique pour la tuberculose par le CLAT (Intradermoréaction à la tuberculine IDR et radiographie pulmonaire), les virus de l'hépatite, le VIH et la syphilis dans le cadre du CEGGID ; et le statut vaccinal.

L'analyse des données statistiques a été réalisée avec le logiciel Excel (USA), SAS Microsoft, version 16.9 2017. Les outils de gestion de listes et les tableaux croisés dynamiques ont été utilisés. Les problèmes de santé déclarés ont été classés selon les grands chapitres de la Classification internationale des soins primaires (CISP2). (annexe

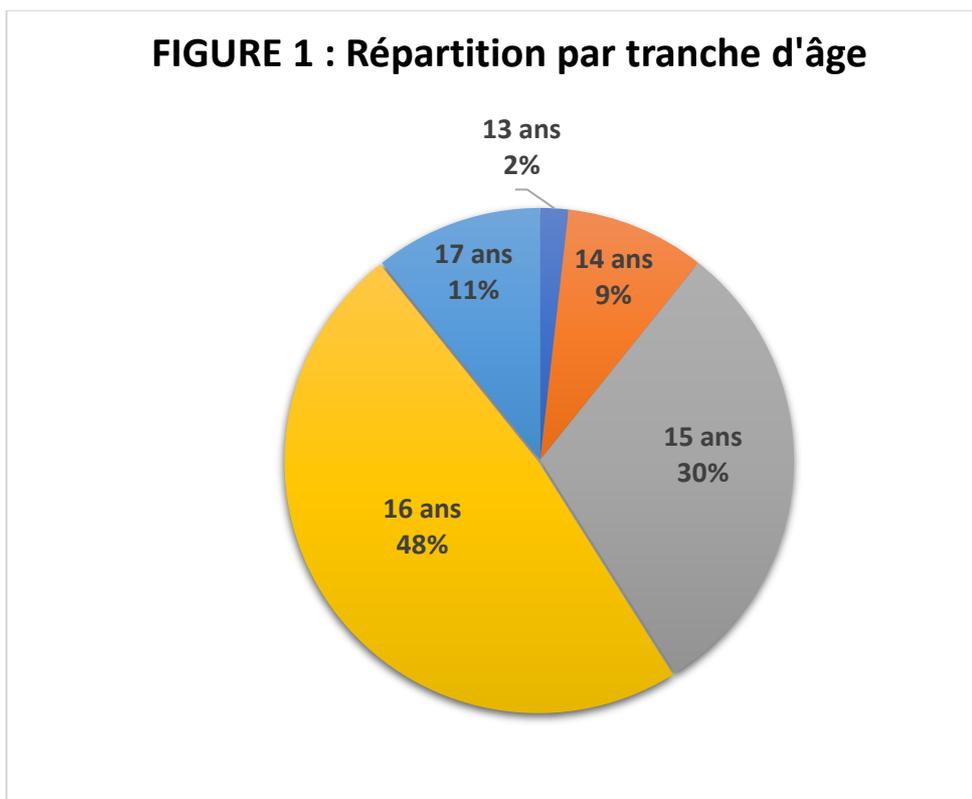
III. Résultats

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017, 56 jeunes se présentant comme MNA ont consulté à la PASS d'Angoulême.

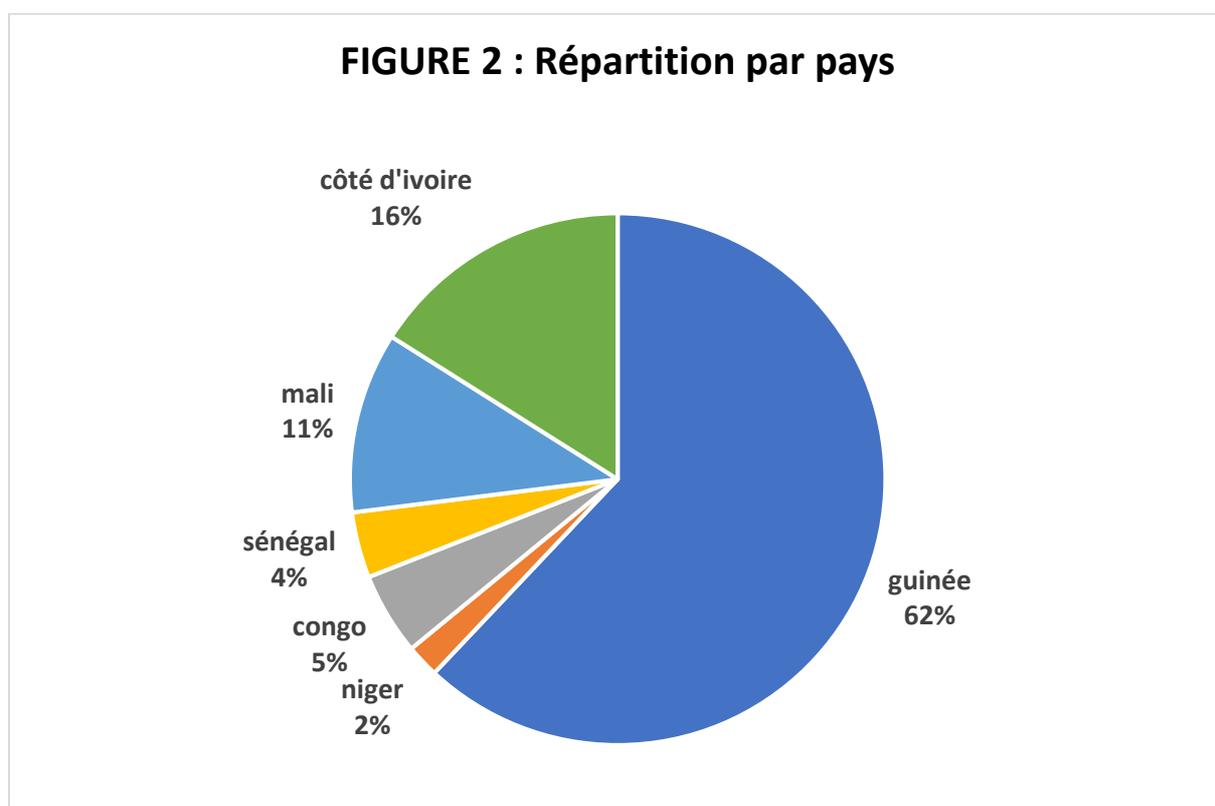
III.1 Données sociodémographiques

III.1.1 Données démographiques

La population était essentiellement masculine (n= 53 ; 94,6%), avec un âge moyen déclaré de 15,6 ans (médiane = 16 ans).



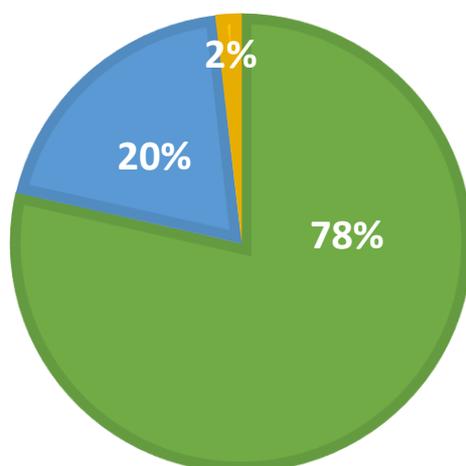
Ils étaient principalement originaires d'Afrique de l'Ouest notamment de Guinée (n=35 ; 62 %).



Pour la plupart d'entre eux, leur adresse de domiciliation était celle d'un CHRS (n=44 ; 78,6%), un accueil de jour, ce qui signifie que ces jeunes étaient très probablement à la rue, sans domicile fixe. Certains étaient hébergés en famille d'accueil (n=11 ; 19,6%) et une par une compatriote (1,8%).

FIGURE 3 : RÉPARTITION PAR LIEUX D'HÉBERGEMENT

■ SDF ■ famille d'accueil ■ compatriote



III.1.2 Statut juridique

Sur les 56 jeunes pris en charge à la PASS, 54 étaient « mijeurs », c'est-à-dire non reconnus mineurs par le procureur à l'issue de l'évaluation (annexe 7), et sortis du dispositif de l'ASE ; possédant des papiers de mineur mais étant considérés comme majeur.

Seulement 2 jeunes étaient reconnus comme MNA, et donc sous la protection de l'ASE. Ces 2 jeunes étaient les femmes enceintes.

Sur ces 54 « mijeurs », tous ont fait appel auprès du juge des enfants pour qu'il valide ou non leur statut de mineur. 3 procédures n'ont pas abouti puisque 3 jeunes ont été perdus de vue.

Nous avons répertorié 48 jeunes ayant réintégré le dispositif de l'ASE après ce jugement, c'est-à-dire qui ont été reconnus MNA (soit un taux de reconnaissance de minorité à 94 %) .

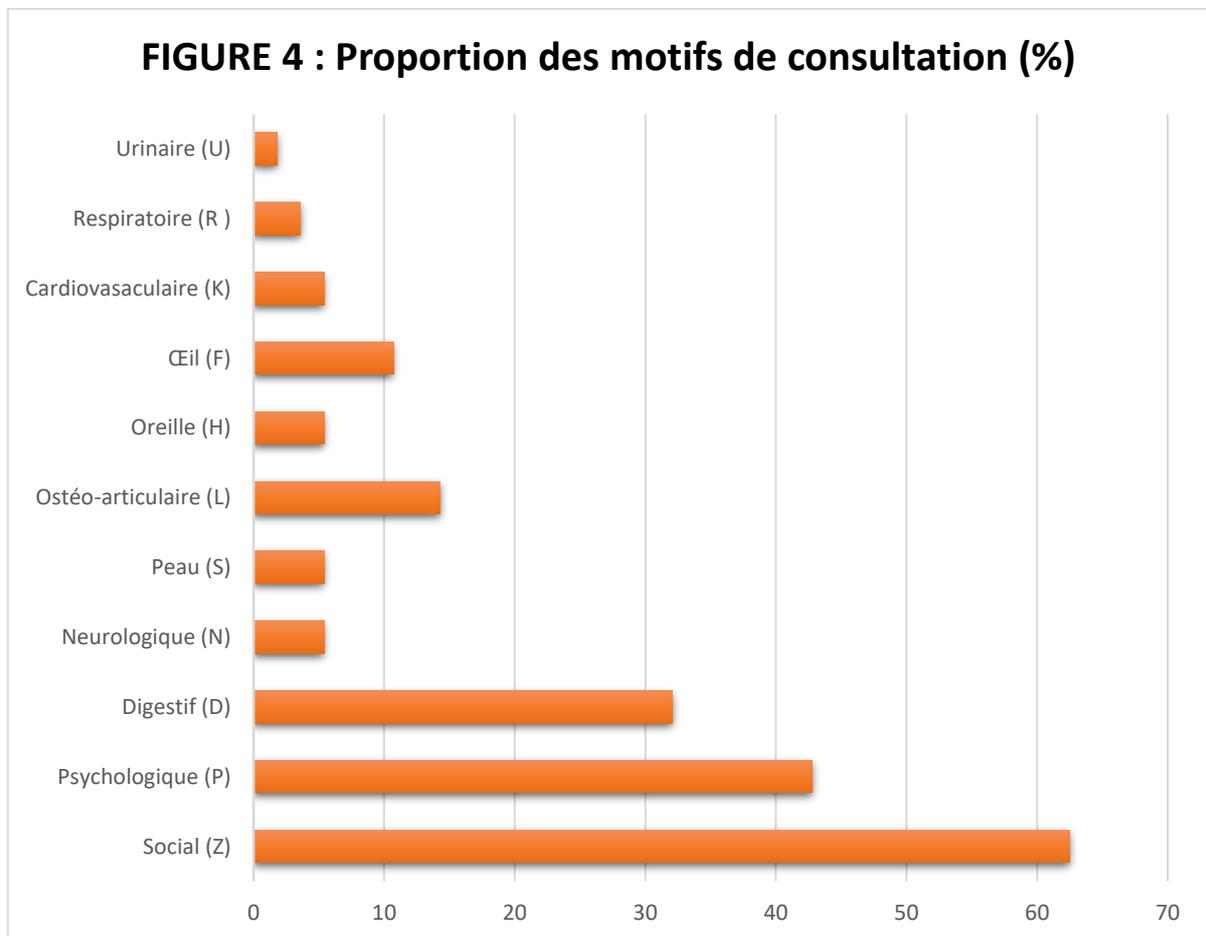
III.2 Les motifs de consultations

46 jeunes (82%) déclaraient avoir au moins un problème de santé et la moitié d'entre eux cumulaient deux problèmes voir plus.

Les principaux motifs de consultations étaient :

- **Problème social (n=35 ; 62,5%)** : problème de protection sociale (n=27), agression (n=3) , les deux (n=5)

- **Troubles psychologiques (n=24 ; 42,8%)** : anxiété (n=19), perturbation du sommeil (n=1), les deux(n=4)
- **Troubles digestifs (n=18 ; 32,1%)** : douleurs dentaires (n= 11) douleurs abdominales (n=5), douleurs anales (n=2)
- **Troubles ostéo-articulaires (n=8 ; 14,3%)** : douleurs genoux (n=3), douleurs musculaires (n=5).



Pour les femmes répertoriées

Toutes avaient subi des violences sexuelles et se sont retrouvées dans un réseau de prostitution. 2 d'entre elles ont consulté pour prise en charge d'une grossesse.

Sur le plan psychologique

Près de 41% des patients ont rapporté avoir été confrontés à des événements traumatisants tels que des guerres et des violences dans leurs pays d'origine, ainsi que sur leur parcours migratoire :

- 30,4% étaient des tortures ;
- 21,7 % des violences sans précision ;
- 39 % des violences familiales ;
- 13 % des violences sexuelles ;
- 26 % avait été emprisonnée.

Ces violences avaient été perpétrées dans le pays d'origine à 43,5 %, puis au cours du parcours migratoire à 69,6% dont 37,5 % en Libye.

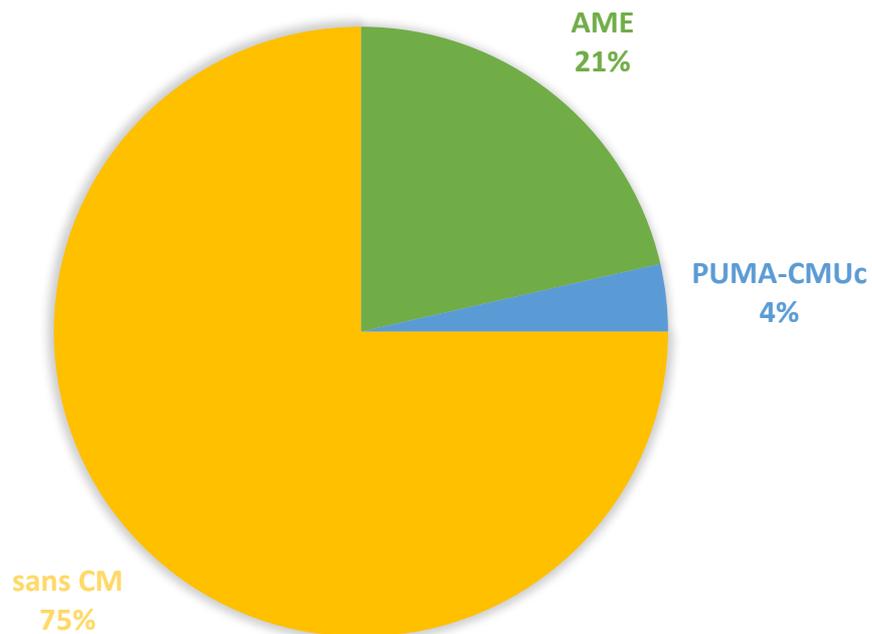
III.3 Couverture maladie

Lors de la première consultation :

- 42 jeunes (75 %) ne disposaient d'aucune couverture maladie,
- 12 jeunes (21,4 %) était affiliés à l'AME
- 2 jeunes (3,6%) à la PUMA CMUc .

A la fin de la prise en charge par le PASS tous avaient des droits ouverts à l'assurance maladie dont 96,4 % bénéficiaient de l'AME et 3,6 % de la PUMA CMUc.

FIGURE 5 : RÉPARTITIONS DES COUVERTURES MALADIE (CM)



III.4 Prise en charge médicale à la PASS

Questionnaire santé

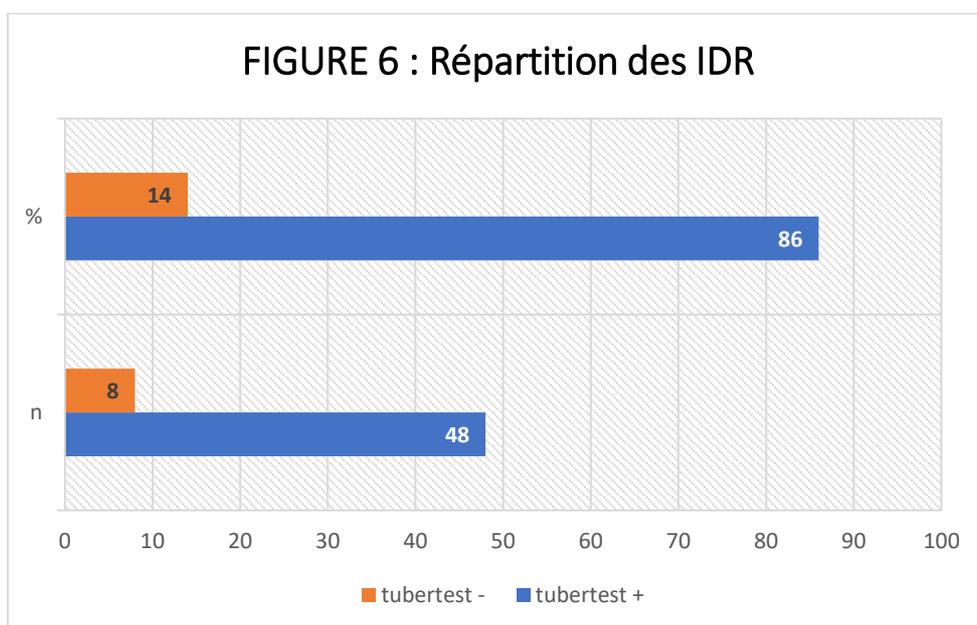
Un questionnaire santé a été élaboré par la PASS afin de faire un premier bilan sur l'état de santé des patients consultants à la PASS.

Sur les 56 patients de l'étude, tous ont eu accès au questionnaire santé mais seulement 24 y ont répondu soit 43%.

Dépistage CLAT

La tuberculose fait l'objet d'un dépistage systématique en collaboration avec le CLAT et le service d'imagerie du Centre Hospitalier d'Angoulême (CHA). Une intradermoréaction à la tuberculine (IDR) ainsi qu'une radiographie pulmonaire sont réalisées. Tous les patients ont été pris en charge par le CLAT.

Les 56 patients ont pu bénéficier d'une IDR (100 %) dont 86% sont positives (>5mm) et donc sont potentiellement atteints d'une Infection Tuberculeuse Latente (ITL). (annexe 8)



Sur les 48 patients ayant une IDR positives :

- 11 (23%) sont compris entre $\geq 5 - 10 \text{ mm} <$;
- 9 (19%) entre $\geq 10 - 15 \text{ mm} <$;
- 28 (58%) $\geq 15 \text{ mm}$;
- 27 (56%) ont un antécédent de vaccination par le BCG (cicatrice présente).

Une imagerie thoracique a été réalisée chez tous les patients excluant une tuberculose pulmonaire.

Seulement 8 patients (17%) ont pu bénéficier d'une radiographie de contrôle à 6 mois.

12 patients ont été convoqués mais n'ont pas réalisé la radiographie de suivi.

Et un seul patient a été traité.

Vaccination

Tous les jeunes pris en charge à la PASS ont été dirigés vers le centre de prévention de la Charente afin de mettre à jour leurs vaccinations.

20 patients (36%) ont mis à jour leurs vaccinations.

18 patients (32%) ont débuté la mise à jour de leurs vaccinations.

18 patients (32%) ont leur statut vaccinal inconnu.

Dépistage CeGIDD

Tous les patients ont bénéficié du dépistage des infections sexuellement transmissibles par le CeGIDD. 9 cas d'hépatite B chronique et 1 cas d'hépatite C ont été dépistés. Il n'y a pas eu de cas de VIH ni de syphilis répertoriés.

III.5 Pathologies dépistées

Sur les 56 patients inclus, 18 patients ne présentent pas de pathologies avérées (32,1 %).

Les troubles psychologiques dominent avec 45,7% dont 19 troubles anxieux et 8 états de stress post-traumatiques diagnostiqués, suivis des pathologies digestives

(27,1%) avec 10 hépatites virales, 3 hernies, une appendicite et 2 pathologies hémorroïdaires diagnostiquées.

FIGURE 7 : Proportion de pathologies dépistées classées par chapitres de la CISP2

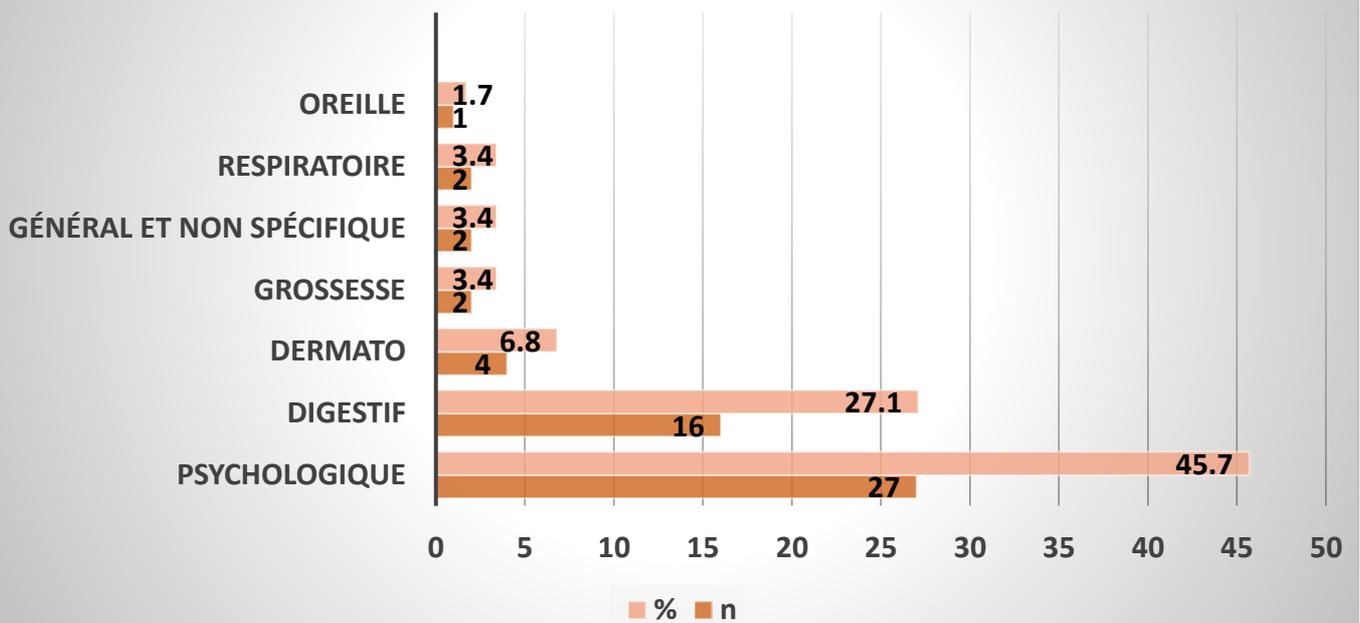
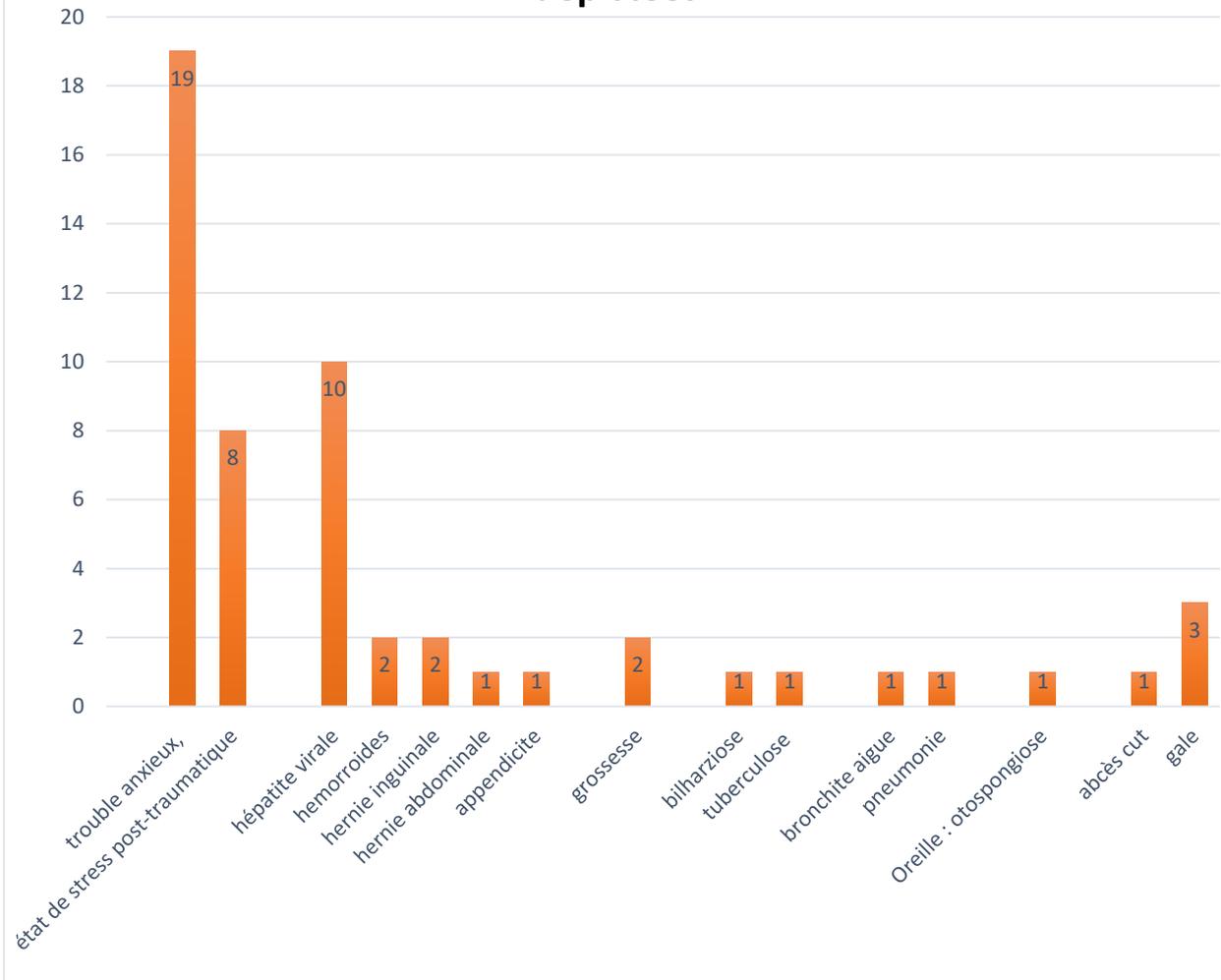
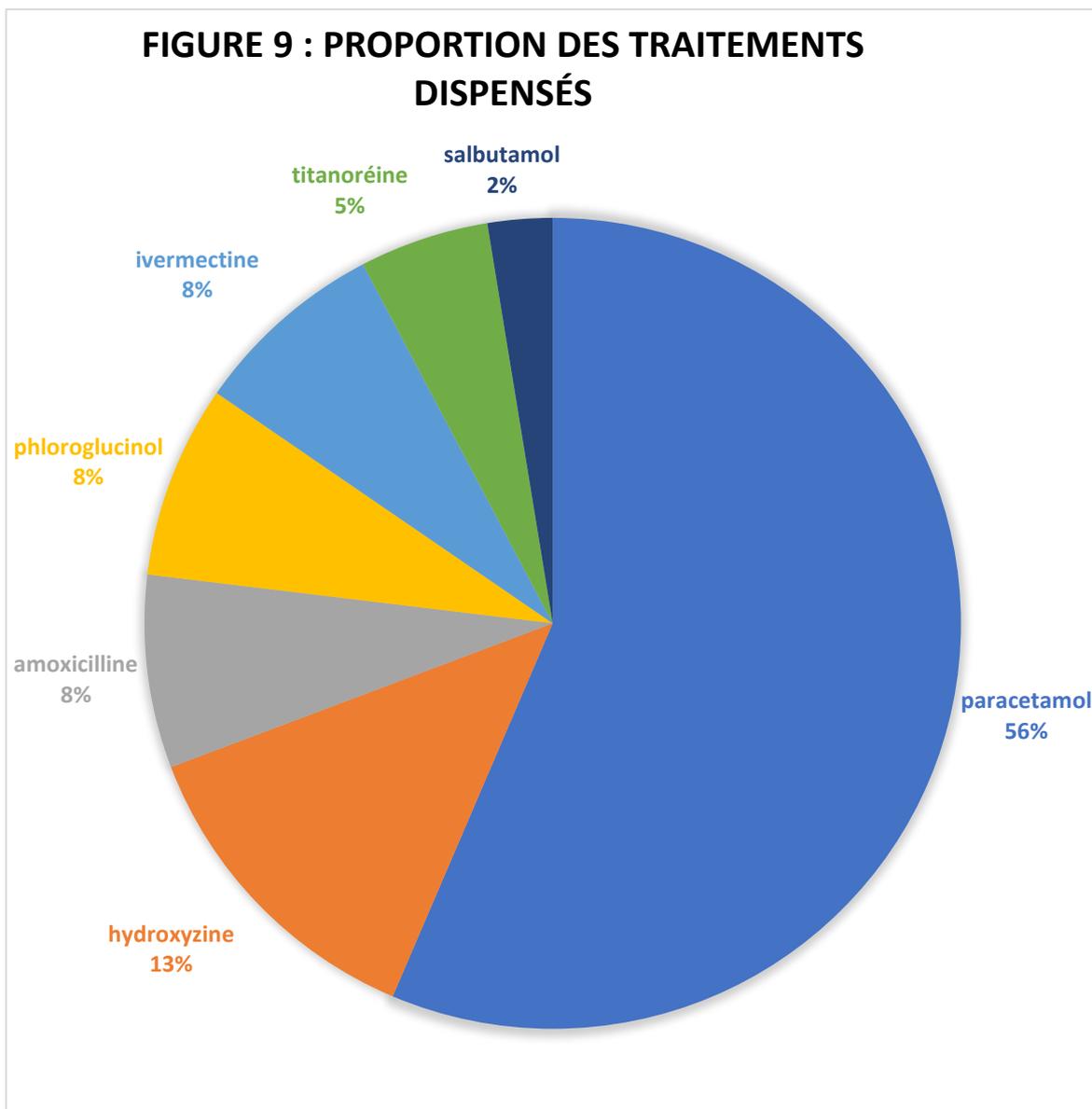


FIGURE 8 : Répartition en nombre des pathologies dépistées



III.6 Orientation à l'issue du bilan

Les patients ont fait l'objet d'une prescription médicamenteuse dans 42,9 % des cas. Le paracétamol est le traitement le plus prescrit, il représente 56% des prescriptions.

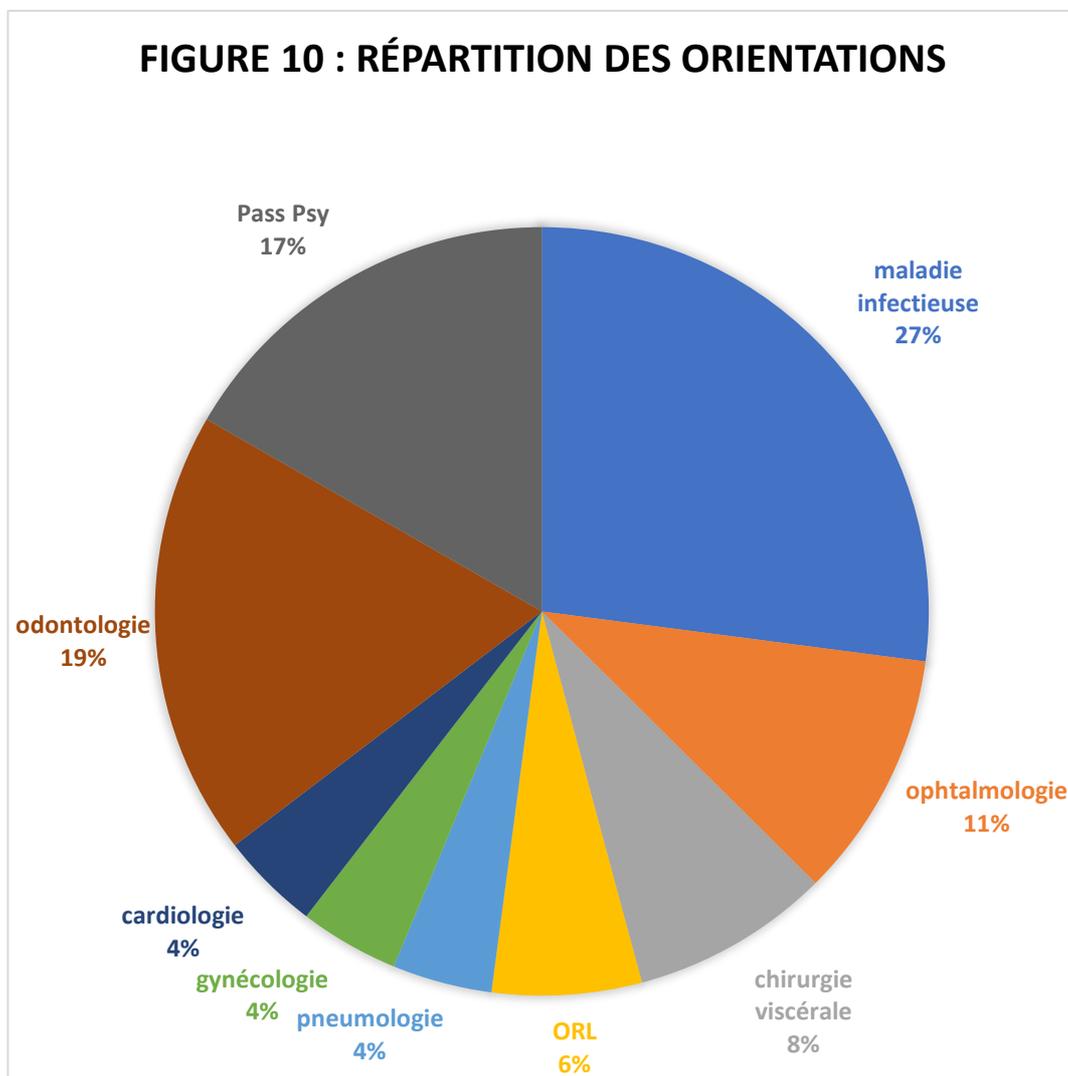


Au décours de la prise en charge, 35 patients ont bénéficié d' une orientation spécialisée.

Le détail des orientations est le suivant :

- 65 % ont été orientés vers une spécialité médico-chirurgicale parmi lesquels les consultations en maladie infectieuse, ophtalmologie, ORL et chirurgie viscérale étaient les plus fréquentes ;
- 19 % adressés en odontologie,
- 17 % adressés à la PASS psy.

Ces orientation ont abouti à 5 hospitalisations : un patient en pneumologie et 4 en chirurgie viscérale.



Après ouverture de leurs droits, les patients ont regagné le parcours de droit commun. Tous ont été redirigés vers un médecin traitant dont 52 % ont été informés de leur prise en charge par courrier.

Cinquième Partie :

DISCUSSION

Peu de travaux scientifiques existent sur la santé des MNA, les plus importants sont réalisés aux USA et en Allemagne et traitent principalement des pathologies psychologiques dont souffre cette population (65) (66) (67).

Certains articles, notamment « Enfant avant d'être migrants » de MdM soulèvent les problématiques administratives de ces jeunes « ni mineurs, ni majeurs, sans statut » (68).

Aussi l'enquête « Ni sains, ni saufs », enquête sociologique publiée par l'UNICEF France reposant sur des entretiens avec des enfants de 11 à 17 ans, a mis en lumière la situation précaire et de grande vulnérabilité de ces enfants (69).

Plusieurs études françaises portent sur la santé et l'accès aux soins des migrants (64).

Mais à ce jour, il n'existe pas d'étude relatant l'état de santé et les besoins médico-sociaux des jeunes migrants dit « mijeurs ».

Cette étude menée à la PASS d'Angoulême apporte, une description des caractéristiques démographiques et médico-sociales des « mijeurs » recourant aux soins à la PASS et permet de porter un regard sur cette population insuffisamment documentée.

I. A propos de la méthode

I.1 Biais de sélection

Notre étude présente un biais de sélection. Nous avons sélectionné tous les patients qui se sont présentés à la PASS comme « mijeurs » mais notre échantillon de patients ne représente pas le nombre exact de « mijeurs » en Charente. Un certain nombre ne consultent pas à la PASS, disparaissent, fuguent, ne souhaitent pas être repérés et partent vers d'autres pays d'Europe. Notre échantillon de patients sous-évalue le nombre exact de « mijeurs » en Charente. De plus notre échantillon de petite taille (56 patients) entraîne une puissance statistique faible, ce qui joue sur la validité externe de notre étude et ne nous permet pas de conclure à des généralités.

Aussi notre étude étant rétrospective, elle présente un faible niveau de preuve.

I.2 Biais d'information

Les limites de cette étude sont liées au dispositif d'observation, c'est-à-dire aux conditions et à la qualité du recueil et de la mise à jour des données par les consultants de la PASS.

Pendant les consultations, il peut arriver que certaines informations socio-administratives, certains motifs de consultations ou certaines maladies dépistées ne soient pas signalés par les consultants. Par ailleurs, les données recueillies sont en

grande partie déclaratives et soumises à d'éventuels biais d'interprétation liés à la non-maitrise de la langue. De même, les indicateurs relatifs aux violences subies, aux symptômes psychiques et à la situation de vulnérabilité sociale pâtissent en partie d'une sous-déclaration par la personne concernée. En raison du caractère particulièrement douloureux des expériences vécues, il est fréquent d'avoir à attendre le moment propice, parfois après plusieurs consultations, avant de pouvoir aborder ces questions.

De plus, l'étude ne s'étant intéressée qu'à une seule PASS, elle ne peut représenter l'ensemble de ces derniers au niveau national.

C'est pourquoi, la généralisation des résultats apportés par cette étude, du fait des biais identifiés, est à prendre avec prudence.

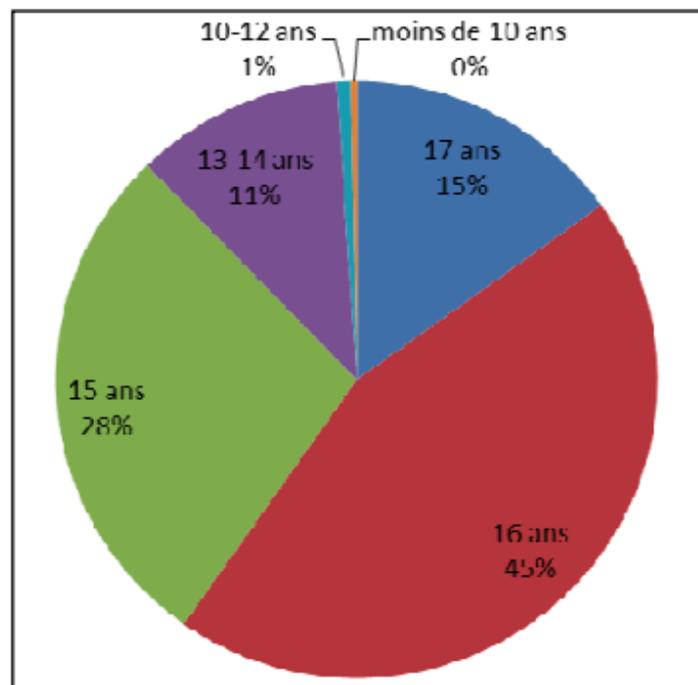
Aussi nous regrettons de n'avoir pas pu interroger les services de l'ASE intervenant auprès des MNA. Mais nous avons pu interroger les intervenants associatifs dont médecin du monde ainsi que le centre de prévention de la Charente et le CeGGID.

II. A propos des résultats

II.1 Le profil des « mijeurs »

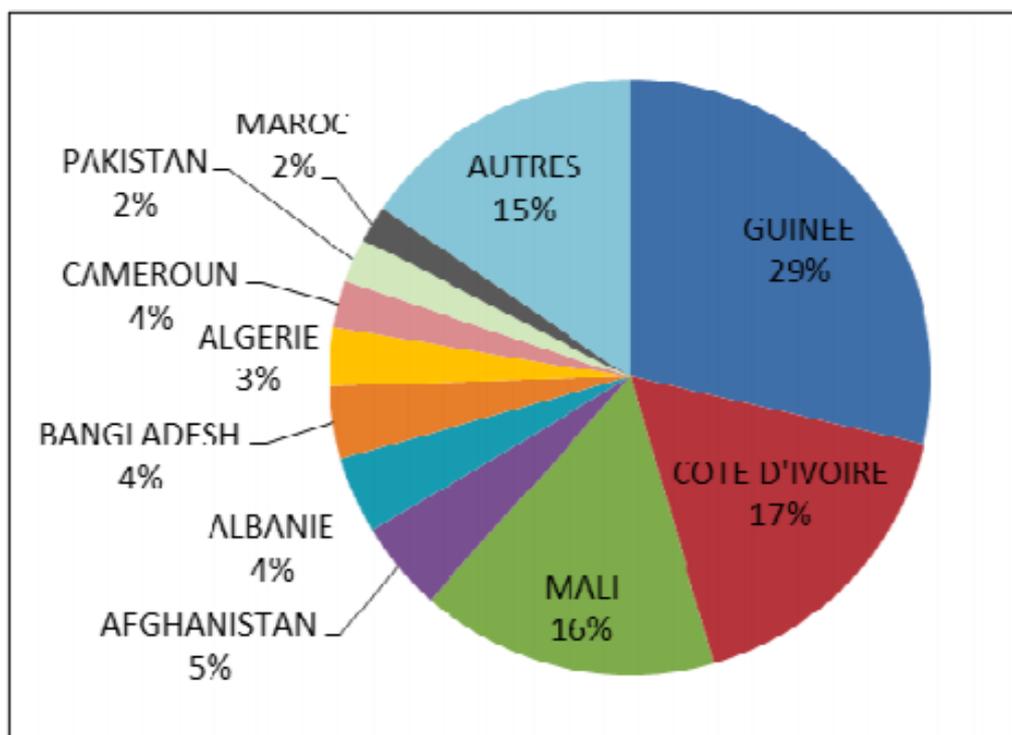
II.1.1 Données démographiques

Nos résultats concernant l'âge médian des « mijeurs », leur sexe, leur pays d'origine sont similaires aux résultats retrouvés dans la littérature sur les données démographiques concernant les MNA.



Source : Rapport annuel d'activité 2017 de la MMNA

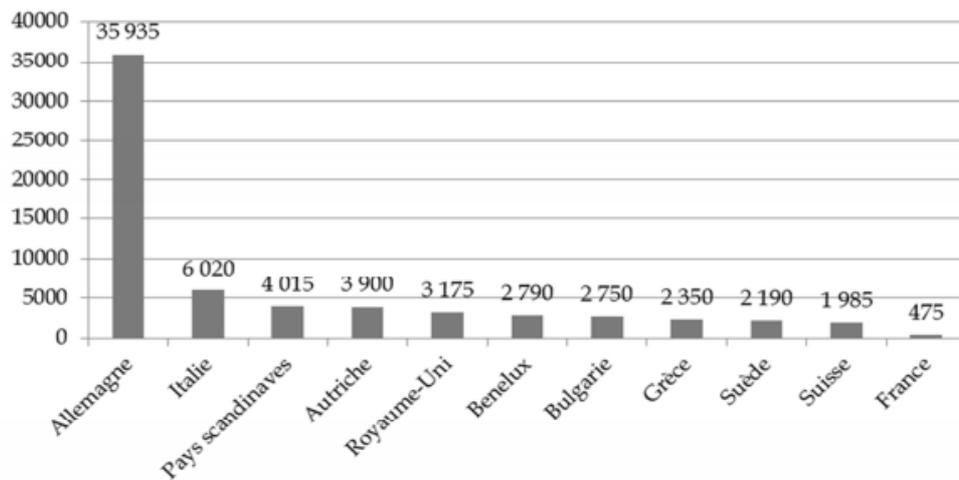
Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (igas) publié en février 2018, trouve une proportion de 95% de garçons principalement originaires d'Afrique subsaharienne, dont la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Mali représentaient plus de 60% (70).



Source : Rapport annuel d'activité 2017 de la MMNA

En revanche moins de 5% des jeunes arrivés en France en 2017 étaient originaires d'Afghanistan alors qu'à l'échelle européenne plus de 50% des MNA sont afghans. L'origine géographique des arrivants suggère que les facteurs linguistique et économique jouent un rôle important dans les motifs qui conduisent le jeune à s'exiler pour rejoindre la France. Il en résulte que peu de MNA en France sont éligibles au statut de réfugié.

Nombre de demandeurs d'asile considérés comme MNA en 2016



Source : Eurostat

En effet, très peu de MNA sollicitent l'asile en France : en 2016, seules 475 demandes d'asile ont été déposées auprès de l'Ofpra par des mineurs isolés (71).

Ce chiffre extrêmement faible s'explique par différentes raisons :

- les MNA ne sont pas informés de leurs droits de demander l'asile ;
- les personnes en charge de leur accompagnement (associations, Ase, juge des enfants...) connaissent mal cette procédure ;
- la difficulté de se voir reconnaître comme MNA ;
- un jeune MNA peut être protégé par le dispositif de protection de l'enfance et régularisé à sa majorité, en-dehors de la procédure d'asile (72).

C'est une spécificité française : alors que dans la plupart des autres pays européens, un mineur ne peut être protégé que s'il sollicite l'asile, tout mineur en danger en France peut bénéficier de la protection de l'enfance.

Le rapport annuel d'activité 2017 de la mission mineur non accompagné (MMNA) répertorie 14 908 personnes déclarées mineures non accompagnées (MNA) entre le 1er janvier et le 31 décembre 2017 dont 95,8 % de garçons (soit 14296), et 4,1% de filles (soit 612) (31). La proportion de filles a encore diminué par rapport à l'exercice 2016 (5,1% en 2016). Une tendance identique mais qui interroge. Il est probable que les jeunes filles soient moins nombreuses à quitter leurs pays d'origine. Toutefois, leur vulnérabilité en fait des proies faciles pour les réseaux d'exploitation et des victimes potentielles de la traite des êtres humains (TEH). Comme en témoigne notre étude, les 3 filles prises en charge à la PASS ont été victimes de réseaux de prostitution.

Notre population étudiée montre des caractéristiques sociodémographiques et de parcours migratoires similaires à celles des MNA décrit dans la littérature.

II.1.2 Taux de reconnaissance de minorité

La mission bipartite de réflexion sur les MNA (rapport de 2018), constate une grande hétérogénéité de l'évaluation d'un département à l'autre. « Au premier semestre de 2017, le taux de reconnaissance de minorité variaient de 9% à 100% selon les départements » (70).

Le nombre et la durée des entretiens, le recours éventuel à l'interprétariat, la nature des investigations sur l'identité et le contrôle des papiers sont mis en œuvre de manière variable, en dépit du cadre de référence défini par l'arrêté du 17 Novembre 2016 (49). Il en résulte une inégalité de traitement des jeunes et une contestation

croissante des résultats des évaluations devant la justice, les jeunes saisissant directement le juge des enfants. Par ailleurs, rien ne s'oppose aux évaluations successives : un jeune majeur dans un département peut toujours se présenter dans un autre département pour solliciter à nouveau une mesure de protection.

Les différences de traitement d'un département à l'autre peuvent avoir des conséquences lourdes sur leur devenir : selon le point du territoire national où il se présente, le même jeune sera ou non mis à l'abri, sera évalué tantôt mineur, tantôt majeur, bénéficiera ou non d'une prise en charge sanitaire, sera admis ou non à l'ASE.

La dispersion extrême des taux de reconnaissance de minorité d'un département à l'autre suggère des disparités de pratiques importantes.

Le rapport du Sénat fait apparaître que, entre le troisième trimestre 2013 et le deuxième trimestre 2016, 39 515 personnes ont fait l'objet d'une évaluation, dont 24 136, soit 61 % ont été déclarées mineures et isolées. Toutefois, on observe un net fléchissement de ce taux, qui est passé de 70 % en 2013 à 49 % au second trimestre 2016. Il ressort que la part des évaluations concluant à la minorité et à l'isolement est aujourd'hui proche de 40 % à l'échelle nationale et ne dépasse pas 15 % dans certains départements (1).

Au vu de ces constats, il est impératif d'harmoniser les pratiques sur le plan national.

En Charente, en 2017, d'après les données recueillies auprès des associations, 80 jeunes se présentant comme mineurs sont sorties du dispositif de l'ASE après évaluation. Sur ces 80 jeunes, 54 ont consulté à la PASS d'Angoulême, soit 68 %.

Nous ne connaissons pas le taux de reconnaissance de minorité exact, mais nous savons que sur les 54 « mijeurs » pris en charge à la PASS, 51 dossiers ont été instruits (3 « mijeurs » ont été perdus de vue) dont 48 ont été reconnus MNA après

décision du juge des enfants. Le taux de reconnaissance pour les « mijeurs » pris en charge à la PASS est donc de 94 %, soit bien au-dessus de la moyenne nationale.

Le délai entre leur première venue à la PASS et la décision du juge des enfants est en moyenne de plus de 3 mois. Pendant ces 3 mois, les jeunes sont donc en attente de statut, privés de leurs droits de mineurs.

Au total en 2017, 97 jeunes ont été reconnus MNA en Charente.

II.2 État de santé des « mijeurs »

Peu d'étude porte sur l'état de santé des MNA. Le rapport de 2018 du COMEDE portant sur l'état de santé des migrants nous rejoint sur le fait que les enfants sont principalement atteints de troubles psychiques graves, et d'infection chronique par le VHB (10). La prévalence de l'hépatite B active (présence d'Ag HBS) dans notre population étudiée est de 16% (n=9). Or cette prévalence dans les pays d'Afrique subsaharienne est d'environ 8% (73). Pourquoi ces jeunes sont-ils plus touchés par l'hépatite B ? On peut se demander si les violences physiques et sexuelles subies sur leur parcours migratoire ne pourraient pas en être la cause ?

Taux de prévalence par classe d'âge

Taux pour 1000 personnes, parmi 16 095 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2016

Les cases en vert clair signalent des occurrences supérieures à la moyenne

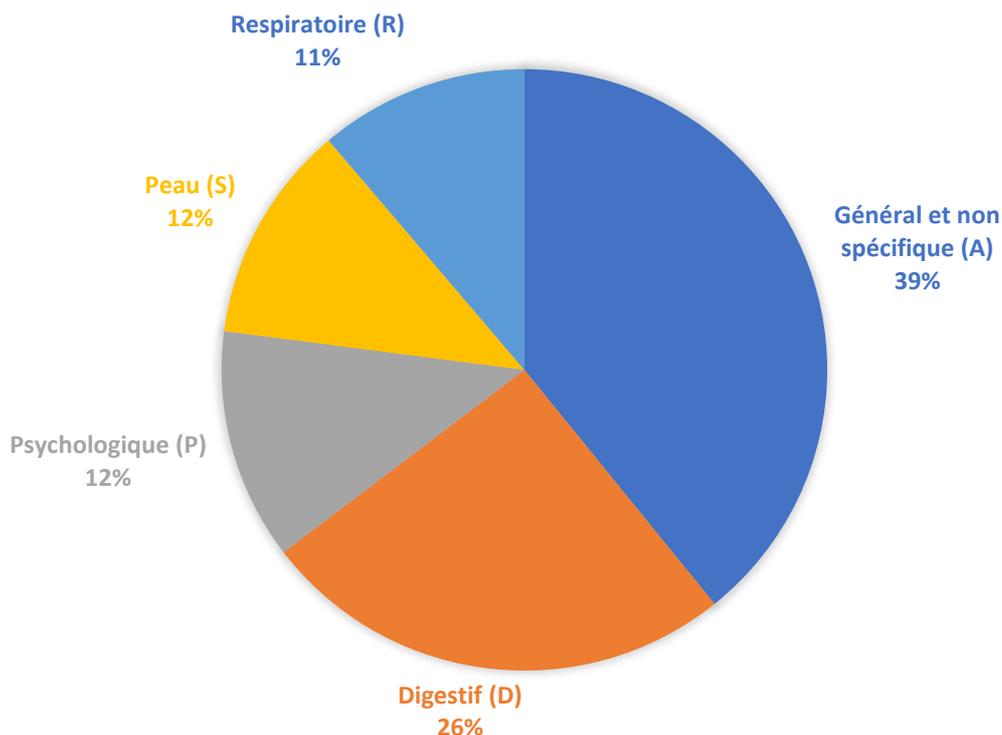
Affection (effectif)	n	<15 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	≥65 ans	Total
Troubles psy.	2 668	39	147	210	173	178	180	168	145	132	162	95	33	166
Mal. cardio-vas	1123	4	-	4	15	15	53	85	188	217	369	510	515	70
Infection à VHB	1 095	67	73	66	61	64	90	78	75	39	56	46	16	68
Diabète	794	-	2	4	16	16	54	75	120	148	207	237	233	49
Infection VHC	282	4	5	4	8	11	16	21	31	47	48	66	108	18
Asthme persist.	262	8	9	8	12	15	14	26	24	32	34	17	33	17
Infection à VIH	210	2	10	13	9	13	15	23	13	13	24	8	7	13
Handicap	124	12	2	4	5	6	12	8	18	6	11	4	7	7
Cancer	91	-	-	-	2	3	5	4	11	24	40	33	23	6
Bilharziose Uri.	91	22	15	8	5	5	7	3	5	-	-	-	-	6
Tuberculose	84	2	7	2	4	4	5	9	4	8	13	-	10	5

Source : Rapport 2018 État de santé du Comede

Selon le rapport d'activité de 2015 de Médecins du Monde, les 5 motifs les plus fréquents de consultations médicales sont :

- Général et non spécifié (41%)
- Système digestif (26,6 %)
- Psychologique (13 %)
- Problème de peau (12,3 %) > beaucoup de cas de gale
- Respiratoire (11,7 %) (74)

**FIGURE 11 : RÉPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION
DU
RAPPORT D'ACTIVITÉ DE MDM DE 2015**



Une autre étude publiée dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) portant sur l'état de santé des migrants primo-arrivants retrouve les mêmes motifs de consultations (75). Les plus fréquents étant les atteintes bucco-dentaires, une asthénie, et les troubles ostéo-articulaires. Plus de la moitié des personnes interrogées sur leur état psychologique disait souffrir de troubles du sommeil (troubles les plus fréquents) et d'idées noires.

Notre étude confirme l'importance d'aborder les troubles psychologiques et incite à mettre en place des outils communs avec les PASS psy sur la question des violences et du parcours traumatique de ces jeunes.

A la PASS d'Angoulême, un poste de psychologue a été créé depuis cette d'année, pour accompagner au mieux ces « mijeurs ».

II.3 En terme de santé public

Vaccination

La mise à jour du calendrier vaccinal de ces jeunes est primordial en terme de santé public et de prévention. Pour parvenir à éradiquer ces maladies évitables, une part suffisamment importante de la population doit être protégée par le biais de la vaccination. Les taux de couverture doivent être supérieurs à 95 % pour éradiquer la rougeole, à 85 % pour la diphtérie et entre 92 % et 94 % pour la coqueluche.

La vaccination est encore plus importante pour les « mineurs » confrontés à de nombreux facteurs de vulnérabilité que pour la population générale, car ils ont moins d'occasions d'être vaccinés en raison des nombreux obstacles à l'accès aux soins.

Selon une étude menée par MdM, portant sur les enfants pris en charge dans leurs centres en France, seuls 29,3 % de ces mineurs sont vaccinés complètement (76).

Dans notre étude, suite à la prise en charge au centre de vaccination, 20 patients sur 56 sont à jour de leurs vaccins soit 36%.

Pourtant, dans la population générale, la couverture vaccinale contre le tétanos, la coqueluche à l'âge de 2 ans atteint 90 % ; 83 % pour l'hépatite B et 78% pour les oreillons, la rougeole et la rubéole. Ces chiffres révèlent l'écart énorme qu'il existe entre la population générale et les jeunes rencontrés à la PASS, concernant l'accès à la vaccination. En effet le taux de couverture vaccinale dans les pays d'Afrique subsaharienne est plus faible qu'en Europe (difficulté d'accès aux soins, manque de moyen).

Dans notre étude, aucun patient ne connaît son statut vaccinal. Il est donc primordiale de mettre l'accent sur la vaccination et d'adresser ces jeunes dans les centres de préventions.

Tuberculose

Selon les recommandations actuelles, il est nécessaire de réaliser un dépistage de l'infection tuberculeuse latente (ITL) pour les enfants de moins de 15 ans issus d'une zone de forte incidence. Notre population étudiée provenant d'Afrique subsaharienne et ayant 15 ans ou moins à 51%, il est donc primordiale de dépister l'ITL car ces enfants peuvent avoir recours à un traitement préventif . De plus l'ITL chez l'enfant de moins de 15 ans fait l'objet d'une déclaration obligatoire.

En Charente, le dépistage de la tuberculose est réalisé par le CLAT, avec une radiographie thoracique systématique (annexe 9) couplée à l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR). Le test au quantiferon n'est pas utilisé. Si l'IDR est positif, un suivi par radiographie tous les 6 mois pendant 2 ans est préconisé ;

Ce dépistage est efficace, puisque la totalité des patients de l'étude ont été dépistés. Seulement pour 3 patients, la réalisation de la radiographie thoracique n'a pas été renseignée et/ou réalisée mais leur IDR était négatif.

Cependant 48 patients (86%) ont une IDR positive (>5mm) et donc sont potentiellement atteints d'une Infection Tuberculeuse Latente (ITL). Pourtant seulement 8 patients (17%) ont pu bénéficier d'une radiographie de contrôle à 6 mois. Et un seul patient a été traité.

Il est donc nécessaire d'améliorer le suivi de ces jeunes entravé par l'absence de domicile fixe. Où envoyer les convocations ? Comment joindre ces jeunes vivant pour certains à la rue ?

Dépistage Ceggid

Il est primordiale puisque ces jeunes ont été victimes à 41% de violences dans leurs pays où lors de leurs parcours migratoires. Ils sont donc plus à risque de maladies sexuellement transmissibles.

De plus, la prévalence de l'hépatite B dans cette population majoritairement d'Afrique de l'ouest est plus importante qu'en France.

Dans notre étude 9 hépatites B active (présence d'Ag HBS) ont été dépistées soit une prévalence de 16%. Or cette prévalence dans les pays d'Afrique sub-saharienne est d'environ 8% et <2% en France (73).

Cela concorde avec le fait que ces jeunes sont-ils plus touchés par l'hépatite B. On peut se demander si les violences physiques et sexuelles subies sur leur parcours migratoire ne pourraient pas en être la cause ?

III. Les difficultés de prise en charge des « mijeurs »

III.1 L' Accès aux soins

Bien que l'article 26 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant reconnaisse le droit à la santé pour tout enfant, l'accès aux soins des « mijeurs » en France est particulièrement difficile (33).

Les MNA bénéficiant d'une prise en charge par l'ASE sont affiliés à l'assurance-maladie via la PUMA et à la CMU-C. Seule l'ASE est habilitée à solliciter l'ouverture des droits d'un MNA auprès de la CPAM. Ils bénéficient alors du parcours de droit commun.

Les jeunes non reconnus comme mineurs et non pris en charge par les dispositifs de l'ASE, alors même qu'ils ne sont pas pour autant considérés comme majeurs, en situation irrégulière, ne peuvent pas être affiliés à la PUMA. Mais la circulaire de septembre 2011 prévoit qu'ils peuvent bénéficier de l'AME alors même que celle-ci ne concerne que les étrangers en situation irrégulière (77).

Ils peuvent toutefois bénéficier de l'AME sans condition de durée minimale de présence sur le territoire et sans justificatifs de ressources, contrairement aux étrangers en situation irrégulière. Malgré le fait que l'accès à l'AME pour les « mijeurs » soit expressément prévu, en pratique, l'ouverture de droits AME reste compliquée.

En effet, pour accéder à l'AME, il faut déclarer une adresse ou lorsque le demandeur est sans domicile stable, obtenir une attestation de domiciliation auprès d'un organisme agréé ou d'un centre communal d'action social (CCAS), réservé aux majeurs, difficile à obtenir avec des papiers de mineurs.

Par ailleurs, l'absence de pièces d'état civil ou d'identité ou la remise en cause de l'authenticité de ces pièces font obstacle à l'immatriculation du jeune et donc à l'ouverture de ses droits à l'assurance maladie.

Ainsi, concernant l'accès à l'assurance maladie, les « mineurs » ne peuvent bénéficier que de l'AME. Ils sont assimilés à des étrangers en situation irrégulière.

Pourtant, ils devraient avoir accès au régime général de la Sécurité Sociale comme le préconise la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) (82) ainsi que le Comité des Droits de l'Enfants des Nations Unies (78).

Or, pour la plupart, ils ne sont pas affiliés à la sécurité sociale ou pas informés qu'ils le sont, comme le souligne notre étude (75% n'ont pas de couverture sociale lors de leur prise en charge à la PASS). Sans référent ou éducateur pour les renseigner sur leurs droits et les accompagner vers ces dispositifs, ils n'ont d'autre recours que de consulter les associations (Mdm par exemple) qui les dirigent vers les PASS pour résoudre leurs problèmes administratifs ou médicaux.

De plus l'AME ne permet pas l'accès à toutes les structures de droit commun, notamment les CMP (centre médicopsychologique). Or notre étude a mis en évidence que 45,6% d'entre eux présentent des troubles psychologiques.

Ce statut non défini, ni mineur, ni majeur, entraîne des retards de recours aux soins, voire des renoncements aux soins.

III.2 Dispensation des soins : L'accord parental

L'autre difficulté dans l'accès aux soins des MNA non reconnus réside dans la nécessité d'obtenir le consentement des parents ou tuteurs légaux pour les actes médicaux.

En effet, la loi prévoit que l'accomplissement d'actes médicaux sur un mineur est conditionné au consentement de ses parents ou tuteurs : art. R. 4127-42 du code de la santé publique: «un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.» (79).

En principe, en l'absence de décision de délégation d'autorité parentale ou d'ouverture de tutelle, aucun acte médical ne peut être prodigué aux mineurs. Le consentement obligatoire des tuteurs pour les actes médicaux sur un mineur comporte toutefois quelques exceptions, en cas d'urgence notamment. L'urgence justifie que le médecin se dispense du consentement pour effectuer les actes médicaux nécessaires. Aussi, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser du consentement des titulaires de l'autorité parentale lorsque le mineur souhaite garder le secret sur son état de santé et que l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention sont indispensables à la sauvegarde de la santé du mineur (80).

À la complexité de l'accès aux dispositifs de soins s'ajoute la difficulté liée à leur «incapacité juridique». En effet, en l'état actuel de la législation, les « mineurs » ne peuvent bénéficier d'aucun soin ou traitement médical à l'insu de leurs parents ou d'un tuteur .

Les professionnels de santé sont soumis à l'obligation, sauf en cas d'urgence, de rechercher au préalable le consentement des détenteurs de l'autorité parentale.

Dans le cas des « mijeurs », les professionnels de santé sont confrontés à des jeunes se présentant comme mineurs, avec des papiers de mineurs mais non reconnus par l'ASE donc sans mise en place de tutelle, sans représentant de l'autorité parentale.

Les barrières à l'accès aux soins des « mijeurs » sont aggravées par le flou administratif qui les concerne, favorisant ainsi le renoncement aux soins.

Il est donc indispensable de réviser les dispositions concernant la représentation des jeunes non pris en charge par l'ASE afin que chaque enfant se trouvant sur le territoire soit assisté par un tuteur afin que puissent être accomplis les actes nécessaires au maintien de leur intégrité physique, comme au respect des droits garantis par la Convention des droits de l'enfant et des autres instruments relatifs aux droits fondamentaux.

Dans l'attente de cette amélioration, il revient également aux praticiens d'avoir le courage de déterminer ce que l'on peut entendre par «les actes médicaux [qui] s'imposent pour sauvegarder leur santé», sachant que la dispense de «soins primaires» dans leur acception par l'OMS incluent « éducation, vaccinations, accès à l'eau potable, alimentation, protection maternelle et infantile, hygiène, accès aux soins de base».

III. 3 L'Hébergement

Les jeunes rencontrés dans l'étude sont contraints, du fait de l'absence de protection au titre de l'enfance en danger, à des conditions de vie extrêmement précaires. Plus des trois quarts sont sans domicile fixe, en errance, sans aucune

ressource. D'après un article de MdM, plus d'un mineur sur deux est sans domicile fixe lorsqu'il se rend pour la première fois à MdM (81).

Ne pouvant justifier d'une majorité d'âge, ils ne peuvent solliciter les dispositifs pour adultes en situation de précarité (hébergement d'urgence le 115, aide alimentaire) de toute manière saturés et peu adaptés à leurs besoins. Et aucun dispositif d'hébergement d'urgence n'est accessible aux jeunes car aucune structure d'hébergement d'urgence n'est habilitée à accueillir des mineures.

Les jeunes rejetés des dispositifs de prise en charge institutionnels sont donc, soit en situation de rue, soit dépendants de réseaux, de solidarités de compatriotes pour trouver un toit.

Il est possible pour une famille d'accueil de les héberger de façon temporaire mais il est nécessaire pour cela d'obtenir une autorisation écrite des titulaires de l'autorité parentale, ce qui est généralement impossible dans le cas des « mijeurs ». Les familles d'accueil qui ont accueilli les 20% de nos patients sont dans l'illégalité.

Il n'existe donc pas de solution légale à la situation de rue des mineurs non pris en charge par les services de l'ASE.

L'accueil de jour dispensé par certaines structures municipales ou associatives, permet de se reposer, de prendre une douche ou de laver ses vêtements. Elles leur offrent en outre des repères.

III.4 Difficultés non spécifiques aux « mijeurs »

Certaines difficultés rencontrées dans l'accès aux soins des « mijeurs », ne leurs sont pas spécifiques mais sont communes aux migrants et /ou aux précaires.

Dans une études de MdM, les obstacles à l'accès aux soins les plus souvent cités sont : un manque de connaissance ou de compréhension du système de santé et de leurs droits (14,1 %) et la barrière de la langue (12,7 %) (82). En effet, le besoin en interprétariat est important et il devrait être fourni dans toutes les structures de santé de droit commun. L'aide d'un interprète présent lors de la consultation ou joint par téléphone, permet de réduire la barrière de la langue. Malheureusement, les services d'interprétariat professionnel ne sont pas toujours disponibles ou sont beaucoup trop chers.

A cela s'ajoute la peur de l'institution, des barrières liées aux différences culturelles.

Et pour les professionnels de santé, des problèmes de coordinations entres les différents acteurs de ces personnes précaires (association, lieux d'hébergements sociaux, les urgences...).

IV. Propositions pour pallier à ses difficultés

IV.1 Définir le statut administratif des « MIJEURS »

Nous venons de voir que « Ni mineurs, ni majeurs, sans statut », ces jeunes se retrouvent dans une extrême précarité avec des conséquences sur leur santé.

Il s'agit donc de redéfinir ce statut afin de leur permettre d'accéder à leurs droits. Pour cela ne faudrait-il pas maintenir le dispositif de mise à l'abri des jeunes se déclarant MNA durant l'examen des recours ?

La présomption de minorité ne devrait-elle pas faire foi?

IV.2 Protocole d'admission

Afin de permettre à ces jeunes, la dispensation des soins nécessaires, au sein du Centre hospitalier d'Angoulême, un protocole d'admission a été mis en place par le service de la PASS (annexe 10). Le médecin de la PASS, en a informé le personnel soignant afin d'harmoniser les pratiques. Dans ce protocole d'admission, des étiquettes patients spécifiques ont été créées mettant l'accent sur leur « identité provisoire » « en attente de statut ».

IV.3 Un bilan de santé systématique

Malgré l'absence de recommandation sur le plan national, la PASS d'Angoulême propose à chaque jeune, un bilan systématique, comprenant :

- Le dépistage de la tuberculose par le CLAT ;
- Le dépistage des maladies sexuellement transmissibles par le CEGGID ;
- La mise à jour du calendrier vaccinal par le centre de prévention.

IV.4 Le questionnaire santé

Pour pallier aux difficultés linguistiques, des questionnaires santé ont été rédigés dans plusieurs langues afin de pallier aux manques d'interprètes et d'éviter d'avoir recours aux plateformes très onéreuses.

IV.5 Des outils communs

L'adressage à la PASS provient souvent de partenaires associatifs ou sociaux, d'où l'importance pour les PASS d'être bien identifiées dans les réseaux de prise en charge afin que les compétences de chacun se potentialisent au profit des patients.

La PASS a un rôle à jouer important dans la prise en charge médico-sociale de ces jeunes et pour assurer une transition vers le système de droit commun.

Afin de coordonner au mieux leur prise en charge entre les différentes structures (sociales, associatives), il paraît licite de créer des outils communs.

Le carnet de suivi

Afin d'améliorer ces dépistages et d'éviter les pertes d'information, un carnet de suivi médico-social (annexe 8) a été réalisé en partenariat avec médecin du monde afin de faciliter les échanges entre les différentes structures médico-sociales, d'éviter les pertes d'informations et la réalisation répétitive de bilans.

Les tableaux de partage

Des tableaux reprenant les données médico-sociales, des jeunes sortis du dispositif de l'ASE, sont remplis chaque mois par l'ASE renseignant le nombre de MNA pris en charge par l'ASE, le nombre de jeune sorti du dispositif, les bilans réalisés, qu'il adresse à la PASS d'Angoulême et à MdM.

Ces tableaux permettent de mutualiser les informations concernant ces jeunes, d'éviter les pertes d'informations et les perdus de vue.

Mais en pratique, ils ne sont pas toujours réalisés, par manque de temps, de moyen ? En effet, dans un contexte d'augmentation de nombre de MNA, chaque acteur priorise ses actions en fonction de ses propres préoccupations.

Il perdure des difficultés de coordination et de partage d'information avec des difficultés d'échanges entre chaque structure.

IV.6 Informer les patients et les professionnels

L'information des patients et l'éducation pour la santé sont deux choses essentielles pour favoriser l'accès au système de soins. Depuis 2018, en Charente a été mis en place, la PASS mobile, afin d'aller à la rencontre de ces jeunes et de les informer sur leurs droits.

Aussi, il est nécessaire de communiquer, faire savoir et faire connaître au personnel hospitalier et libéral l'ensemble des informations sur les droits des MNA, notamment celles qui concernent leurs droits sociaux et ce flou administratif qui concerne ces jeunes en attente de jugement.

Faire connaître, de façon systématique, auprès des publics concernés (patients et professionnels), les initiatives qui les concernent permettrait d'améliorer l'accès aux services de santé.

Conclusion

Considérés « ni mineurs - ni majeurs », cette aberration administrative renforce la particulière vulnérabilité de ces jeunes isolés en les bloquant dans une « zone grise » où ils ne peuvent bénéficier d'aucun droit : refus de protection au titre de l'enfance en danger et impossibilité de solliciter les dispositifs conçus pour les adultes en situation de grande précarité. Dans cette configuration, les obstacles rencontrés par ces jeunes sont extrêmement nombreux : impossibilité de solliciter le dispositif d'hébergement d'urgence, d'être scolarisés, d'accéder au système de santé. Ces jeunes pourtant souvent reconnus secondairement par le juge des enfants, comme **mineurs**.

Cette étude permet de sortir ces jeunes non protégés de l'invisibilité et d'identifier leurs problématiques récurrentes de santé et les sujets prioritaires sur lesquels il conviendrait de mettre l'accent : - VHB - Vaccination - Prévention - Santé mentale.

La prise en charge des MNA en France est un sujet sensible, tant sur les plans éthique et social que politique. Des mesures ont été prises pour tenter d'homogénéiser les pratiques sur le territoire, mais des progrès restent à faire pour que la Convention internationale relative aux droits de l'enfant puisse être convenablement appliquée dans toute la France.

Face aux problèmes urgents posés par la représentation légale et l'hébergement, leur prise en charge sanitaire peut sembler accessoire et se voit bien souvent négligée. Pourtant nous avons vu tout au long de cette thèse que ces jeunes constituent une population particulièrement vulnérable, qui cumulent les risques sanitaires de plusieurs populations sensibles, étant à la fois migrants, précaires et

adolescents. À cela s'ajoute une vulnérabilité psychologique particulièrement importante due aux événements traumatiques potentiellement vécus et à l'isolement auquel ces jeunes sont confrontés. La réalisation du bilan médical se doit d'être aussi précoce que possible afin de limiter les pertes de vue. Les difficultés de prise en charge observées sont liées essentiellement à leur statut indéfini, leur précarité, la perte de repères et de lien social ou encore aux barrières linguistiques et culturelles, mais aussi à la complexité des démarches administratives à effectuer et la méconnaissance de leurs droits par les intéressés et par les professionnels de santé. L'ensemble de ces facteurs se cumule pour limiter l'accès aux soins des « mijeurs ».

Les dispositifs PASS et les organismes non gouvernementaux constituent les principaux acteurs de l'aide médico-sociale pour ces jeunes migrants précaires à leur arrivée en France. Les PASS ont un rôle central dans leur accompagnement et leur accès aux soins. Faisant face à la multiplicité des motifs de recours associée au cumul de vulnérabilités, et proposant une approche globale visant à simplifier les parcours de ces patients particulièrement fragiles en évitant de fragmenter leur prise en charge, les PASS apparaissent comme un type d'organisation susceptible de répondre aux enjeux de santé publique actuels, dans un contexte d'augmentation des flux migratoires.

Les données issues de ce travail contribuera, je l'espère, au plaidoyer pour favoriser leur accès aux droits à la protection de l'enfance, à la santé et à l'intégration sociale. Il faut saluer très sincèrement les actions humanitaires qui tentent de pallier aux situations sanitaires les plus extrêmes, dans l'attente de solutions plus pérennes.

Références

1. Élisabeth DOINEAU et Jean-Pierre GODEFROY, Rapport d'information du Sénat, 28 juin 2017. [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-598/r16-5981.pdf>
2. Mots de l'intégration - Haut Conseil à l'intégration, archive Mai 2005 - Septembre 2013 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://archives.hci.gouv.fr/-Mots-de-l-integration-.html>
3. Migrant/migration | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
4. La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés - les Nations-Unis [Internet]. UNHCR. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.unhcr.org/fr-fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html>
5. LOI n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France. 2016-274 mars 7, 2016 | Legifrance [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B5CAD966C71A27A43CFC5E49353D8C54.tplgfr41s_2?cidTexte=JORFTEXT000032164264&dateTexte=29990101
6. Guide du demandeur d'asile en France, Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France - Ministère de l'Intérieur [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>
7. Ordonnance n° 2004-1248 du 24 novembre 2004 relative à la partie législative du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile | Legifrance [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2004/11/24/INTX0400217R/jo/texte>
8. Ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France | Legifrance [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069184&dateTexte=vig>
9. OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant [Internet]. WHO. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2005/fr/>
10. Rapports d'activité et d'observation 2018 Comede. [Internet] [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>

11. Maille Didier, Toullier Adeline, « Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants », *Hommes & Migrations*, 2009/6 (n° 1282), p. 24-. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-hommes-et-migrations-2009-6-page-24.htm>
12. Soins urgents aux étrangers en situation irrégulière. Texte de loi 2008;2. [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/soins_urgents_aux_etrangers_en_situation_irreguliere.pdf
13. LOI n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile | Legifrance [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/7/29/INTX1412525L/jo>
14. Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale. Journal officiel de l'Union européenne. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0033>
15. Assemblée Générale des Nations Unies, migrations internationales et développement, 71^{ème} session, 4 aout 2016, A_71_296_F.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/A_71_296_F.pdf
16. United Nations , Trends in international migrants stock : The 2015 revision, Department of Economic and social affairs POP/DB/MIG/Stock/Rev.2015 MigrationStockDocumentation_2015.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/docs/MigrationStockDocumentation_2015.pdf
17. Refugees UNHCR for. Global Trends: Forced Displacement in 2016 [Internet]. UNHCR. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5943e8a34/global-trends-forced-displacement-2016.html>
18. Wenden CW de. Les dynamiques migratoires dans le monde. *Humanit Enjeux Prat Débats* [Internet]. 1 nov 2012 [cité 25 oct 2018];(33). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/humanitaire/1412>
19. Eurostat, Demande d'asile dans les États membres de l'UE, 44/2016- 4 mars 2016 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7203842/3-04032016-AP-FR.pdf/078f4e14-8bb7-45d2-bdbf-8bb3881270b2>
20. Jeanny LORGEUX et Jean-Marie BOCKEL, L'Afrique est notre avenir, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées n° 104 (2013-2014) - 29 octobre 2013 - *Sénat* [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur:

<https://www.senat.fr/noticerapport/2013/r13-104-notice.html>

21. Fiches thématiques - Population immigrée - Immigrés - Insee Références - Édition 2012 – Immigrés et descendants d'immigrés en France | Insee [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374019?sommaire=1374025>
22. Wresinski.J, Rapport "Grande pauvreté et précarité économique et sociale", CES 1987 [Internet]. FR. 2006 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>
23. Diabète et précarité : enquête en Languedoc [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2012 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/diabete-et-precarite-enquete-en-languedoc/>
24. IRDES, Les inégalités sociales de santé, avril 2016;250. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-inegalites-sociales-de-sante.pdf>
25. Migration et santé : les principaux enjeux , Organisation mondiale de la santé [Internet]. 2018 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>
26. Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France. | Legifrance [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;?cidTexte=LEGITEXT000006053178&dateTexte=vig>
27. Spira A. Rapport Précarité, pauvreté et santé, Académie nationale de médecine, 20 juin 2017 :24. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvret%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf>
28. Bailleul C, Senovilla Hernández D. Dans l'intérêt supérieur de qui? enquête sur l'interprétation et l'application de l'article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant dans les mesures prises à l'égard des mineurs isolés étrangers en France. Poitiers: MIGRINTER; 2016. 145 p.
29. Eurostat, demandeurs d'asile considéré comme mineurs non accompagnés, 87/2016 - 2 mai 2016 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7244687/3-02052016-AP-FR.pdf/270f3b41-2f43-48c1-ba6d-c465cd7f5c0c>
30. Eurostat, demandeurs d'asile considéré comme mineurs non accompagnés, 80/2017 - 11 mai 2017 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8016701/3-11052017-AP-FR.pdf/0bea0c3f-d5d2-42d1-947b-23ca50ba8e2e>

31. Rapport annuel de la MMNA 2017, Ministère de la justice, mars 2018 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2017.pdf
32. Etiemble.A, Évaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide sociale à l'enfance, Direction de la population et des migrations, 2002 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://www.infomie.net/IMG/pdf/etude_sociologique_de_madame_etiemble.pdf
33. HCDH | Convention relative aux droits de l'enfant 44/25 du 20 novembre 1989 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>
34. Directive 2011/95/UE du parlement européen et du conseil du 13 décembre 2011, Journal officiel de l'Union européenne L 337/9 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/FR/TXT/?uri=celex%3A32011L0095>
35. La Déclaration universelle des droits de l'homme | Nations Unies, 20 novembre 1989 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
36. Convention des Droits de l'Enfant [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf
37. APCE - Résolution 1810 (2011) - Problèmes liés à l'arrivée, au séjour et au retour d'enfants non accompagnés en Europe [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17991&lang=FR>
38. Eba Nguema N. La protection des mineurs migrants non accompagnés en Europe. Revue des Droits L'homme [Internet]. 5 juin 2015 [cité 25 oct 2018];(7). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/revdh/1147>
39. Communication de la commission au parlement européen et au conseil, plan d'action pour les MNA, sec(2010)534 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0213:FIN:FR:PDF>
40. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur:
41. Décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 pris en application de l'article L. 221-2-2 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. 2016-840 juin 24, 2016. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/24/JUSF1606788D/jo/texte>

42. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2007/3/5/SANX0600056L/jo/texte>
43. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L311-1. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158&idArticle=LEGIARTI000006335030>
44. Code de l'éducation - Article L111-2. Code de l'éducation. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000006524367&dateTexte=&categorieLien=cid>
45. Code de l'éducation - Article L131-1. Code de l'éducation. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006524422&cidTexte=LEGITEXT000006071191>
46. Bailleul C, Senovilla Hernández D. Dans l'intérêt supérieur de qui? enquête sur l'interprétation et l'application de l'article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant dans les mesures prises à l'égard des mineurs isolés étrangers en France. Poitiers: MIGRINTER; 2016. 145 p.
47. Rossignol L. 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 - NOR : JUSF1602101C. J Droit Jeunes. 2016;358-359-360(8):111.
48. code de l'action sociale et des familles Article L223-2 circ_2013-05-31_norjuf1314192c_mie.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796811&cidTexte=LEGITEXT000006074069>
49. Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille | Legifrance [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/11/17/JUSF1628271A/jo/texte>
50. Code civil - Article 47 | Legifrance [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006420801>
51. 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). JORF n°0156 du 8 juillet 2014 texte n°92| Legifrance [cité 25 oct 2018]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029206302&dateTexte=20140708>

52. Assemblée nationale, amendement n° CL627, immigration et droit d'asile n°714, 30 mars 2018 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/15/amendements/0714/CIION_LOIS/CL627.pdf
53. Décision du défenseur-des-droits_2012-12-21_no2012-179. 21 décembre 2012 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://www.gisti.org/IMG/pdf/jur_defenseur-des-droits_2012-12-21_no2012-179.pdf
54. Rapport 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, Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2007 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/07-01-sur-la-fiabilite-des-examens-medicaux-visant-a-determiner-lage-a-des-fins-judiciaires-et-la-possibilite-damelioration-en-la-matiere-pour-les-mineurs-etrangers-isoles/>
55. Diederich N. 2. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. In: Stériliser le handicap mental ? [Internet]. ERES; 1998 [cité 25 oct 2018]. p. 251. Disponible sur: <http://www.cairn.info/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-251.htm>
56. Mansourvar M, Ismail MA, Raj RG, Kareem SA, Aik S, Gunalan R, et al. The applicability of Greulich and Pyle atlas to assess skeletal age for four ethnic groups. J Forensic Leg Med. févr 2014;22:26-9. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24485416>
57. Pour un accès aux soins de santé sans discrimination, Ordre national des médecins, 9 novembre 2010 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ame.pdf>
58. Isabelle M. L'ADMISSION D'UN MINEUR. dans un établissement de santé :8. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_mineur_dans_un_etablissement_de_sante.pdf
59. Etat des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où MdM est présent [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/03/18/etat-des-lieux-des-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-dans-23-villes-ou-mdm-est-present>
60. Les PASS en Nouvelle-Aquitaine | Coordination régionale des Permanences d'Accès aux Soins de Santé de la Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.sante-pass-aquitaine.fr/les-pass-en-aquitaine>

61. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. | Legifrance [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>
62. Instructions et circulaires récentes | Legifrance [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37144>
63. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016. | Legifrance [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
64. Lot F, Quelet S. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique / Migrants health and access to care: A public health challenge. :66. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 19-20 du 5 septembre 2017 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf
65. Ciaccia KA, John RM. Unaccompanied Immigrant Minors: Where to Begin. J Pediatr Health Care. 1 mai 2016;30(3):231-40. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.jpeds.org/article/S0891-5245\(16\)00004-3/fulltext](https://www.jpeds.org/article/S0891-5245(16)00004-3/fulltext)
66. Robinson LK. Arrived: the crisis of unaccompanied children at our southern border. Pediatrics. févr 2015;135(2):205-7. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25560445>
67. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26610271>
68. Enfant avant d'être migrant [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/mineurs-non-accompagnes/2018/06/28/enfant-avant-detre-migrant>
69. Ni sains, ni saufs : enquête sur les enfants seuls à Calais, Grande-Synthe et ailleurs... [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/ni-sains-ni-saufs-enquete-sur-les-mineurs-non-accompagnes-dans-le-nord-de-la-france>
70. Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés 2017-177-Rapport_MNA.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-177-Rapport_MNA.pdf
71. Eurostat, demandeurs d'asile considérés comme mineurs non accompagnés, 84/2018- 16 mai 2018 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8895119/3-16052018-BP-FR.pdf/f8840817-cc59-47e4-a8ca-138ce02ed469>

72. guide_mna-mdm_partenaires.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://www.gisti.org/IMG/pdf/guide_mna-mdm_partenaires.pdf
73. Catrice.M, prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zone de forte endémie : Afrique subsaharienne et Asie, thèse pour le doctorat en médecine, 2009 pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.urml-idf.org/upload/these/catrice.pdf>
74. rapport d'activite 2015, programme mie paris. Médecins du monde, [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://www.infomie.net/IMG/pdf/rapport_d_activite_2015_programme_mie_paris.pdf
75. Guisao A. LA SANTÉ DES MIGRANTS PRIMO-ARRIVANTS : RÉSULTATS DES BILANS INFIRMIERS RÉALISÉS D'OCTOBRE 2015 À MARS 2016 DANS DES CENTRES FRANCILIENS HÉBERGEANT DES MIGRANTS ÉVACUÉS DES CAMPEMENTS PARISIENS :7. le 20.02.2017
76. Simonnot N, Rodriguez A, Nuernberg M, Fille F, Arana-Fernandez PE, Chauvin P. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays. :53. cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20_2.pdf
77. CIRCULAIRE N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011. :5. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé - legifrance cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33805.pdf
78. CRC_C_FRA_CO_4_fr.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/CRC_C_FRA_CO_4_fr.pdf
79. Code de la santé publique - Article R4127-42. | Legifrance [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B96C46E001B1877690A893D4769E46B0.tplgfr41s_2?idArticle=LEGIARTI000006912905&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=
80. Code de la santé publique - Article L1111-5. | Legifrance [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685769&dateTexte=&categorieLien=cid>
81. Corty J-F, Derosier C, Douay C. Mineurs isolés : état de santé. J Droit Jeunes. 2014;338-339(8):92. médecins du monde, [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://www.infomie.net/IMG/pdf/jdj338_339_pages_92_94.pdf
82. Pierre Chauvin, Cécile Vuillermoz, Nathalie Simonnot, Frank Vanbiervliet, Marie Vicart, et al.L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité : Obstacles à l'accès aux soins des enfants et des femmes enceintes en Europe. 2015. <hal-01316094>

ANNEXE 1 : Questionnaire Santé

DOSSIER ADMINISTRATIF

- Connaissez-vous la PASS ? OUI NON
- Avez-vous été vu en entretien administratif et/ou médical à la PASS ? OUI NON
- Etes-vous ?
 Marié Veuf Célibataire Divorcé Concubinage
- Avez-vous une couverture sociale ? OUI NON
 Régime Général Sécurité Sociale CMU Base CMU Complémentaire
 CMU Base + Complémentaire Mutuelle AME
- Depuis combien de temps vivez-vous en France ? < 3 mois - > 3 mois
 • Demandeur d'asile OUI NON
 • Justificatif OUI NON
- Avez-vous des enfants ? OUI NON
 Si OUI, nombre d'enfants : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

NOM Prénom	Age	Sexe		Scolarisation	
		F	M	OUI	NON

VIE QUOTIDIENNE

- Avez-vous un domicile fixe ? (locataire ou propriétaire) OUI NON
- Si NON, êtes-vous hébergé ? OUI NON
 Association Famille Amis



CENTRE HOSPITALIER ANGOULÊME
 Permanence d'Accès aux Soins de Santé
 Hôpital d'ANGOULÊME
 Rond-Point de France
 CS 86018 Saint-Michel
 16989 ANGOULÊME Cedex 9
 Tél. 06 46 24 41 19
 pass@ch-angouleme.fr

FRANCAIS

Le patient autorise le partage, si besoin, des informations de ce document avec du personnel de santé OUI -NON

QUESTIONNAIRE SANTE

NOM

PRENOM

Date de naissance

NATIONALITE

Juillet 2017

• Où dormez-vous ?

Rue Squatt

Tente/caravane Voiture/Fourgon

HYGIENE

• Avez-vous un lieu pour vous laver ? OUI NON

• Pouvez-vous changer de vêtements ? OUI NON

NUTRITION

• Mangez-vous tous les jours ? OUI NON

• Combien de repas par jour ?

• Que mangez-vous ?

Lait Fruits Légumes vert:

Pain Féculents Poisson

Viande Sucre Charcuterie

Jus de fruits - sirops Fromages

Écîteaux

CONSUMMATIONS

• Consommez-vous de l'alcool ?

VIN

- Combien de verres/jour 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 ...

- Combien de bouteilles/jour 1 - 2 - 3 - 4 - ou +

BIERE

- Combien de bouteilles/consuettes/jour ? 8 - 9 - 10 + ou 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 -

- degrés : 5°, 6°, 8°, 10° ou +

ALCOOLS FORTS

- Combien de verres/jour 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 +

- Combien de bouteilles/jour 1 - 2 - 3

• Fumez-vous ? OUI NON

Combien de CIGARETTES/jour ? 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19.....

Combien de PAQUETS CIGARETTES/jour ? 1 - 2 - 3 - 4 -



Combien de **PAGUETS ROULES**/jour ? 1 - 2 - 3 - 4
 Depuis combien d'années, fumez-vous ? 1 - 2 - 3 - 4
 10 - 15 - 20 - 25

- Consommez-vous des drogues ? OUI NON
 - Cannabis Ecstasy Héroïne Cocaine Amphétamines
- Sous quelle forme ?
 - Joint Sniff Intraveineuse Bang

DOSSIER MEDICAL

POIDS	TAILLE	TENSION ARTERIELLE

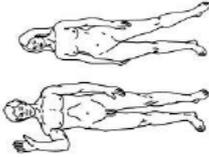
- Avez-vous un docteur ? OUI NON
 - Si OUI, quel est son nom ?

Traitement actuel

NOM du MEDICAMENT	Posologie

- Antécédents personnels (faits passés) :
 - Médicaux OUI NON
 - Infarctus Troubles du rythme HTA Bronchite Asthme Ulcère estomac
 - Diabète Epilepsie Allergies : acariens pollens poussières médicaments
 - Maladies de la peau Gale Eczéma
 - Gynécologiques OUI NON
 - Fibrome Cancer
 - Chirurgicaux OUI NON

Vésicule Appendicite Utérus Fracture



- Aggressions OUI NON
 - Physiques Sexuelles
- Tortures OUI NON
 - Physiques Sexuelles
- Tentatives de suicide OUI NON

Antécédents familiaux (Père, Mère, Frères, Sœurs)

- Tension artérielle élevée OUI NON
- Infarctus OUI NON
- Diabète OUI NON
- Cholestérol OUI NON
- Cancer OUI NON
- Thyroïde OUI NON
- Asthme OUI NON

EXAMENS

- Avez-vous déjà eu une prise de sang ? OUI NON
- Si OUI, ANNEE ?

Les dépistages suivants ont-ils été faits ?

Date	Dépistages		Résultats	
	OUI	NON	Positif	Négatif
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

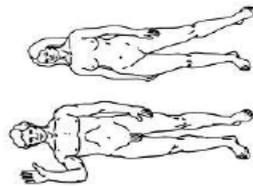
- Etes-vous à jour dans vos vaccinations ?

	OUI	NON
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrôle BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphthérie Polio Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Avez-vous eu : une radio pulmonaire ? OUI NON
- DATE
une échographie pelvienne OUI NON
- DATE

GENERAL

- Aujourd'hui, avez-vous mal ? OUI NON



Si OUI, indiquez par une flèche le siège de vos douleurs

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tête										
Thorax										
Abdomen										
Rachis										
Membres										

Intensité de la douleur
(1 = peu de douleur - 10 = très douloureux)

TETE



- Avez-vous mal aux dents ? OUI NON
- Intensité de la douleur

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



- Vous lavez-vous les dents ? OUI NON
- Combien de fois par jour ? 1 - 2 - 3 - 4
- Soignez-vous parfois au niveau des dents ? OUI NON



- Avez-vous mal aux yeux ? OUI NON
- Voyez-vous bien ? OUI NON

De près
De loin



- Portez-vous des lunettes ? OUI NON



- Entendez-vous bien ? OUI NON

CARDIO-VASCULAIRE

- Avez-vous une tension artérielle élevée ? OUI NON
- Avez-vous des douleurs à la poitrine ? OUI NON

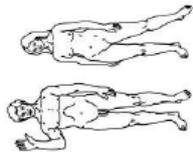
POUMONS

- Crachez-vous ? OUI NON
- Êtes-vous essoufflé au repos et à l'effort ? OUI NON
- Si vous êtes-vous asthmatique, avez-vous fait une crise d'asthme récentes ? OUI NON

MEMBRES et DERMATOLOGIE

Juillet 2017

- Avez-vous du mal à marcher ? OUI NON
- Avez-vous des problèmes de pieds ? OUI NON
- Vous grattez-vous ? OUI NON



SI OUI, sur quelle partie du corps ? ...

- Avez-vous des boutons ? OUI NON

DIGESTIF

- Avez-vous mal à l'estomac ? OUI NON
- Intensité de la douleur

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 OUI NON
- Avez-vous des vomissements ? OUI NON
- Quand vous allez aux toilettes, saignez-vous de l'anus ? OUI NON

Si OUI, avez-vous réalisé un test de dépistage de sang dans les selles ?

- OUI NON

URINAIRE

- Avez-vous des problèmes en urinant ? OUI NON
- Urinez-vous fréquemment ou difficilement ? OUI NON
- Brûlures Incontinence Présence de Sang

GYNECOLOGIE

- Avez-vous une contraception ? OUI NON
- Pilule OUI NON
- Stérilet OUI NON
- Implant OUI NON
- Autres OUI NON
- Avez-vous des règles régulières ? OUI NON
- Avez-vous des saignements en dehors de vos règles ? OUI NON
- Êtes-vous ménopausée ? OUI NON
- Si vous êtes ménopausée depuis plus d'un an, avez-vous eu des pertes sang ? OUI NON
- Êtes-vous suivie par un gynécologue ? OUI NON
- Si OUI, quel est son NOM ?
- Avez-vous eu un examen ou une radio des seins ? OUI NON
- Avez-vous eu un frottis ? OUI NON
- + de 3 ans OUI NON
- de 3 ans OUI NON
- Avez-vous eu des maladies sexuelles ? OUI NON
- Si OUI, lesquelles ? OUI NON
- Gonocoocie OUI NON
- Chlamydia OUI NON
- Syphilis OUI NON
- Mycose (champignons) OUI NON
- Trichomonas OUI NON
- Candidose OUI NON
- Herpès OUI NON
- HPV (Condylomes) OUI NON
- Excision OUI NON
- Avez-vous des troubles psychologiques ? OUI NON
- Si OUI, lesquels ?

PSYCHOLOGIE

ANNEXE 2 : Exemple de protocole de soins

 <p>Rond-point de Girac CS 55 015 Saint-Michel 16959 ANGOULEME CE ANNEXE 2 : protocoles de soins de la PASS d'Angoulême DEX 9 pass@ch-angouleme.fr</p>	<p>P.A.S.S. Permanence d'Accès Aux Soins</p>	<p>Dr. Corinne TABUTEAU - Responsable P.A.S.S.</p> <p>Infirmières P.A.S.S. Mme RAMBAUD Catherine Mme VALLADE Aurélie Mme MANAI Stéphanie Mme CHARPENTREAU Lucie</p> <p>Assistants Socio éducatifs : Mme BENKHALFALLAH Salima Mme LETERTRE Estelle prenom.nom@ch-angouleme.fr</p>
<p>Mme GROUX Sonia Cadre de Santé ☎ 2704 P.A.S.S. ☎ 05 45 24 41 79 📠 05 45 24 25 81</p>		
<p style="text-align: center;">PROTOCOLE POUR DOULEUR DENTAIRE</p> <p>Toujours prendre une température (risque : abcès, cellulite) Toujours demander si terrain allergique à des médicaments, si diabétique Toujours demander si un traitement a déjà été pris pour cette douleur Échelle EVA systématique</p> <p><u>1/Si douleur dentaire simple (sans fièvre ni aspect œdème inflammatoire cutanée en regard)</u></p> <p>PARACETAMOL 1gr 3 cps à 4 cps /J (6 heures d'intervalle entre les prises, dose maximal 4gr/ J) pendant 7 jours</p> <p>PROFENID 100 MG 1 cp matin et soir au repas /jour pendant 3 jours si absence de contre-indications : - allergie AINS + aspirine, - ulcère gastrique, hernie hiatale, - prise d'anticoagulant</p> <p>Et orientation vers consultation dentiste à distance</p> <p><u>2/Si douleur dentaire avec fièvre , sans abcès visible ,ni cellulite:</u></p> <p>AUGMENTIN 1gr 1cp matin et soir / jour pendant 8 jours (sauf allergie)</p> <p>PARACETAMOL 1gr 3 cps à 4 cps /J pendant 7 jours (6 heures d'intervalle entre les prises, dose maximale 4gr/ J)</p> <p>Consultation dentaire rapidement. (Dans les 8 jours maximums)</p> <p><u>Consultation médicale pour réévaluation (si délai d'obtention RDV dentiste long)</u></p> <p>- Soit à la PASS - Soit au SAU : par interne du secteur de traumatologie, ou MAO, ou médecin de traumatologie après avoir contacté le MAO Surveillance par le patient de la température et de l'aspect local (œdème, érythème)</p> <p><u>3/Si trop algique (EVA sup à 7),et/ou si moindre doute au diagnostic IDE :</u></p> <p>Toujours contacter le DR TABUTEAU, responsable PASS, de préférence. Si indisponible, le MAO pour consultation au SAU et prescription adaptée.</p> <p style="text-align: right;">Le 01 07 2014 Dr TABUTEAU</p>		

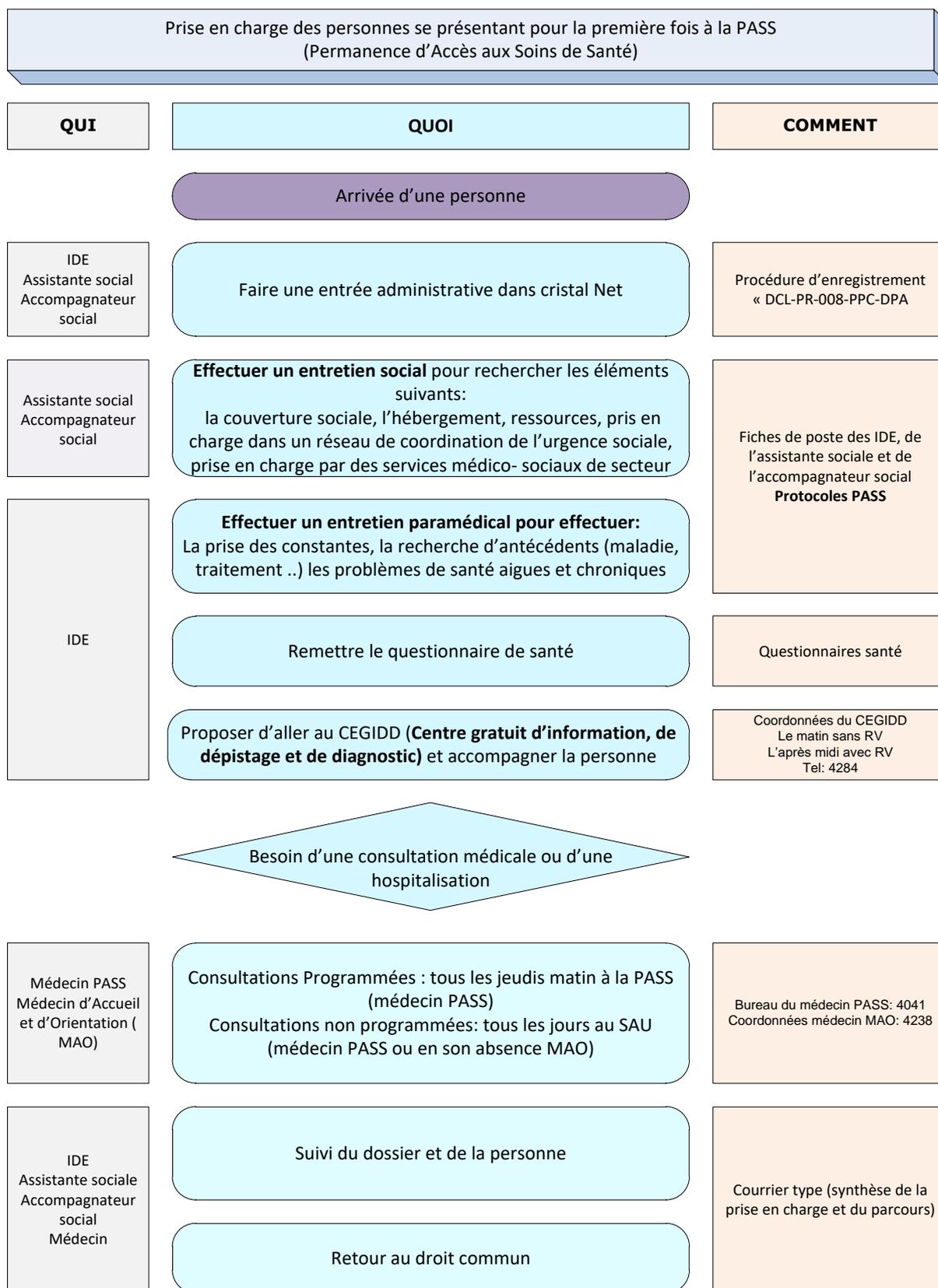
ANNEXE 3 : Fiche santé des partenaires sociaux de la Charente

ETAT CIVIL		FICHE SANTE	
Nom :		CPAM	
Prénom :		AME envoyée le :	
Date naissance :		N°	
Nationalité :		CMU envoyée le :	
Adresse :		N°	
Date arrivée en France :			
SUIVI PASS			
	Date	Nom intervenant	Commentaire
RDV IDE			
RDV Médecin			
RDV Orientation médecin traitant			
SUIVI CDAG <i>Ce GDD</i>			
N° de dossier :			
	Date	Nom intervenant	Commentaire
Prélèvement			
Résultat			






ANNEXE 4 : Organigramme PASS d'Angoulême



ANNEXE 5 : Classification des soins primaires

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	B04 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos
-31 Ex médical/bilan santé partiel	B25 Peur du SIDA/du VIH	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes
-32 Test de sensibilité	B26 Peur du cancer du sang/lymph.	F04 Taches visuelles/flottantes	L04 S/P du thorax
-33 Ex microbiologique/immunologique	B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du flanc et du creux axillaire
-34 Autre analyse de sang	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F13 Sensation oculaire anormale	L07 S/P de la mâchoire
-35 Autre analyse d'urine	B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F14 Mouvements oculaires anormaux	L08 S/P de l'épaule
-36 Autre analyse de selles	B70 Adénite aiguë	F15 Apparence anormale de l'œil	L09 S/P du bras
-37 Cytologie/histologie	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F16 S/P de la paupière	L10 S/P du coude
-38 Autre analyse de laboratoire	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F17 S/P lunettes	L11 S/P du poignet
-39 Epreuve fonctionnelle	B73 Leucémie	F18 S/P lentilles de contact	L12 S/P de la main et du doigt
-40 Endoscopie	B74 Autre cancer du sang	F27 Peur d'une maladie de l'œil	L13 S/P de la hanche
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F28 Limitation de la fonction/incap. (F)	L14 S/P de la jambe et de la cuisse
-42 Tracé électrique	B76 Rupture traumat. de la rate	F29 Autre S/P de l'œil	L15 S/P du genou
-43 Autre procédure diagnostique	B77 Autre traumat. sang/lymph/rate	F70 Conjonctivite infectieuse	L16 S/P de la cheville
-44 Vaccination/médication préventive	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F71 Conjonctivite allergique	L17 S/P du pied et de l'orteil
-45 Recom./éducation santé/avis/régime	B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate	F72 Blépharite, orgelet, chalazion	L18 Douleur musculaire
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B80 Anémie par déficience en fer	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L19 S/P musculaire NCA
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L20 S/P d'une articulation NCA
-48 Clarification de la demande du patient	B82 Autre anémie/indét.	F75 Contusion/hémorragie de l'œil	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
-49 Autre procédure préventive	B83 Purpura/défaut de coagulation	F76 CE dans l'œil	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic.
-50 Médication/prescription/injection	B84 Globules blancs anormaux	F79 Autre lésion traumat. de l'œil	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
-51 Incision/drainage/aspiration	B87 Splénomégalie	F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant	L29 Autre S/P ostéo-articulaire
-52 Excision/biopsie/cauté/débridation	B88 Infection par le virus HIV, SIDA	F81 Autre anom. congénitale de l'œil	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
-53 Perfusion/intubat./dilata./appareillage	B89 Autre maladie sang/lymph/rate	F82 Décollement de la retina	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire
-54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse	Syst. Digestif D	F83 Rétinopathie	L72 Fracture du radius/du cubitus
-55 Traitement local/infiltration	D01 Douleur/crampes abdominales gén.	F84 Dégénérescence maculaire	L73 Fracture du tibia/du péroné
-56 Pansement/compression/bandage	D02 Douleur abdominale/épigastrique	F85 Ulcère de la cornée	L74 Fracture de la main/du pied
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac	F86 Trachome	L75 Fracture du fémur
-58 Conseil thérap./écoute/examens	D04 Douleur rectale/anale	F91 Déficit de réfraction	L76 Autre fracture
-59 Autres procédures thérapeutiques	D05 Démangeaisons périanales	F92 Cataracte	L77 Entorse de la cheville
-60 Résultats analyses/examens	D06 Autre douleur abdominale loc.	F93 Glaucome	L78 Entorse du genou
-61 Résultats ex/procéd autres dispensateur	D07 Dyspepsie/indigestion	F94 Cécité	L79 Entorse articulaire NCA
-62 Contact administratif	D08 Flatulence/gaz/renvoi	F95 Strabisme	L80 Luxation et subluxation
-63 Rencontre de suivi	D09 Nausée	F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.	D10 Vomissement	Oreille H	L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers	D11 Diarrhée	H01 Douleur d'oreille/otalgie	L83 Syndrome cervical
-66 Référence à dispens. SSP non médecin	D12 Constipation	H02 P. d'audition	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
-67 Référence à médecin	D13 Jaunisse	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	L85 Déformation acquise de la colonne
-68 Autre référence	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H04 Ecoulement de l'oreille	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
-69 Autres procédures	D15 Méléna	H05 Saignement de l'oreille	L87 Bursite, tendinite, synovite NCA
Général et non spécifié A	D16 Saignement rectal	H13 Sensation d'oreille bouchée	L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
A01 Douleur générale/de sites multiples	D17 Incontinence rectale	H15 Préoc. par l'aspect des oreilles	L89 Coxarthrose
A02 Frissons	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H27 Peur d'une maladie de l'oreille	L90 Gonarthrose
A03 Fièvre	D19 S/P dents/gençives	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)	L91 Autre arthrose
A04 Fatigue/faiblesse générale	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H29 Autre S/P de l'oreille	L92 Syndrome de l'épaule
A05 Sensation d'être malade	D21 P. de déglutition	H70 Otite externe	L93 Coude du joueur de tennis
A06 Evanouissement/syncope	D23 Hépatomégalie	H71 Otite moyenne aiguë/myringite	L94 Ostéochondrose
A07 Coma	D24 Masse abdominale NCA	H72 Otite moyenne séreuse	L95 Ostéoporose
A08 Conflètement	D25 Distension abdominale	H73 Salpingite d'eustache	L96 Lésion aiguë interne du genou
A09 P. de transpiration	D26 Peur du cancer du syst. digestif	H74 Otite moyenne chronique	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
A10 Saignement/hémorragie NCA	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H75 Tumeur de l'oreille	L98 Déformation acquise membres inf.
A11 Douleur thoracique NCA	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)	H76 CE dans l'oreille	L99 Autre maladie ostéo-articulaire
A13 Préoc. par/peur traitement médical	D29 Autre S/P du syst. digestif	H77 Perforation du tympan	Neurologique N
A16 Nourrisson irritable	D70 Infection gastro-intestinale	H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille	N01 Mal de tête
A18 Préoc. par son aspect extérieu	D71 Oreillons	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille	N03 Douleur de la face
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie	D72 Hépatite virale	H80 Anom. congénitale de l'oreille	N04 Jambes sans repos
A21 Facteur de risque de cancer	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse	H81 Excès de cérumen	N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils
A23 Facteur de risque NCA	D74 Cancer de l'estomac	H82 Syndrome vertigineux	N06 Autre perturbation de la sensibilité
A25 Peur de la mort, de mourir	D75 Cancer du colon/du rectum	H83 Otosclérose	N07 Convulsion/crise comitiale
A26 Peur du cancer NCA	D76 Cancer du pancréas	H84 Presbycusie	N08 Mouvements involontaires anormaux
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D77 Autre cancer digestif/NCA	H85 Traumatisme sonore	N16 Perturbation du goût/de l'odorat
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.	H86 Surdité	N17 Vertige/étourdissement
A29 Autre S/P général	D79 CE du syst. digestif	H89 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	N18 Paralyse/faiblesse
A70 Tuberculose	D81 Anom. congénitale du syst. digestif	Cardio-vasculaire K	N19 Trouble de la parole
A71 Rougeole	D82 Maladie des dents/des gençives	K01 Douleur cardiaque	N26 Peur d'un cancer neurologique
A72 Varicelle	D83 Maladie bouche/langue/lèvres	K02 Oppression/constriction cardiaque	N27 Peur d'une autre maladie neurologique
A73 Paludisme	D84 Maladie de l'œsophage	K03 Douleur cardiovasculaire NCA	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
A74 Rubéole	D85 Ulcère duodénal	K04 Palpitat./perception battements card.	N29 Autre S/P neurologique
A75 Mononucléose infectieuse	D86 Autre ulcère peptique	K05 Autre battement cardiaque irrégulier	N70 Poliomyélite
A76 Autre exanthème viral	D87 Trouble de la fonction gastrique	K06 Veines pointues	N71 Méningite/encéphalite NCA
A77 Autre maladie virale NCA	D88 Appendicite	K07 Oedème gonflement des chevilles	N72 Tétanos
A78 Autre maladie infectieuse NCA	D89 Hernie inguinale	K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	N73 Autre infection neurologique
A79 Cancer NCA	D90 Hernie hiatale	K24 Peur d'une maladie de cœur	N74 Cancer du syst. neurologique
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D91 Autre hernie abdominale	K25 Peur d' de l'hypertension	N75 Tumeur bénigne neurologique
A81 Polytraumatisme/lésions multiples	D92 Maladie diverticulaire	K28 Peur autre maladie cardio-vasculaire	N76 Autre tumeur indét. neurologique
A82 Effet tardif d'un traumatisme	D93 Syndrome du colon irritable	K29 Limitation de la fonction/incap. (K)	N79 Commotion
A84 Intoxication par subst. médicamenteuse	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse	K30 Autre S/P cardiovasculaire	N80 Autre lésion traumat. de la tête
A85 Effet sec. subst. médicamenteuse	D95 Fissure anale/abcès péréal	K71 Infection du syst. cardio-vasculaire	N81 Autre lésion traumat. neurologique
A86 Effet toxique subst. non médicamenteuse	D96 Vers/autre parasite	K72 RAA/maladie cardiaque rhumatismale	N82 Anom. congénitale neurologique
A87 Complication de traitement médical	D97 Maladie du fote NCA	K73 Tumeur cardio-vasculaire	N86 Sclérose en plaque
A88 Effet sec. de facteur physique	D98 Cholécystite/cholélithiase	K74 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N87 Syndrome parkinsonien
A89 Effet sec. de matériel prothétique	D99 Autre maladie du syst. Digestif	K75 Infarctus myocardique aigu	N88 Epilepsie
A90 Anom. congénitale NCA/multiple	CODES PROCÉDURE	K76 Cardiopathie ischémique sans angor	N89 Migraine
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA	SYMPTÔMES ET PLAINTES	K77 Décompensation cardiaque	N90 Algie vasculaire de la face
A92 Allergie/réaction allergique NCA	INFECTIONS	K78 Fibrillation auriculaire/flutter	N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell
A93 Nouveau-né prématuré	NÉOPLASMES	K79 Tachycardie paroxystique	N92 Névralgie du trijumeau
A94 Autre morbidité périnatale	TRAUMATISMES	K80 Arythmie cardiaque NCA	N93 Syndrome du canal carpien
A95 Mortalité périnatale	ANOMALIES CONGÉNITALES	K81 Souffle cardiaque/artériel NCA	N94 Névrite/neuropathie périphérique
A96 Mort	AUTRES DIAGNOSTICS	K82 Cœur pulmonaire	N95 Céphalée de tension
A97 Pas de maladie		K83 Valvulopathie NCA	N99 Autre maladie neurologique
A98 Gestion santé/médecine préventive		K84 Autre maladie cardiaque	
A99 Maladie de nature/site non précisé		K85 Pression sanguine élevée	
		K86 Hypertension non compliquée	
		K87 Hypertension avec complication	
		K88 Hypotension orthostatique	
		K89 Ischémie cérébrale transitoire	
		K90 Accident vasculaire cérébral	
		K91 Maladie cérébrovasculaire	
		K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.	
		K93 Embolie pulmonaire	
		K94 Phlébite et thrombophlébite	
		K95 Varices des jambes	
		K96 Hémorroïdes	
		K99 Autre maladie cardio-vasculaire	

ANNEXE 6 : « MNA non saisi par le procureur »

R E P U B L I Q U E F R A N C A I S E

CHARENTE

LE DÉPARTEMENT

DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ

Direction de la jeunesse et de la protection de l'enfance

Service Gestion des personnes et des biens

Bureaux :
15 boulevard Jean Moulin
16000 ANGOULÊME
Téléphone : 05 15 09 72 25
Télécopie : 05 15 09 52 27

D'ALLO Prince Oumar

Angoulême, le 13 JUIN 2017

Affaire suivie par : Jean MICHELAGIJA

Ligne directe : 05 16 09 62 80

ATTESTATION

Je soussigné, François BONNEAU, Président du Conseil départemental de la Charente, certifie que ~~FRANÇOIS BONNEAU~~ se déclarant être né le ~~20/06/1980~~ à Yamoussoukro en Côte d'Ivoire, a été accueilli au titre d'un accueil d'urgence à l'aide sociale à l'enfance de la Charente du 1^{er} au 5 juin 2017.

Le parquet a classé sans suite la procédure le 12 juin 2017.

En conséquence, la Direction de la jeunesse et de la protection de l'enfance n'a pas de titre judiciaire permettant la continuité de la prise en charge.

Monsieur ~~FRANÇOIS BONNEAU~~ est sorti définitivement du dispositif le 14 juin 2017.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Pour le Président et par délégation,

Le Chef du service gestion des personnes
et des biens de la Direction de la jeunesse
et de la protection de l'enfance

Colette TAJANNA

Correspondance à adresser au
Conseil départemental - 31 boulevard Emile Roux - CS 60090 - 16917 ANGOULÊME Cedex 9
www.lacharente.fr

Le présent document est diffusé en vertu de la loi n° 2004-575 du 29 juin 2004 modifiée en 2006 sur l'accès à l'information. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Direction de la jeunesse et de la protection de l'enfance est formellement interdite. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Direction de la jeunesse et de la protection de l'enfance est formellement interdite.

ANNEXE 7 : Interprétation d'un résultat d'intradermoréaction à la tuberculine

Chez une personne de plus de 15 ans	
0-4 mm	IDR négative. Infection tuberculeuse peu probable.
5-9 mm	IDR positive. Réaction due à une vaccination BCG ancienne ou à une infection tuberculeuse latente, mais non en faveur d'une infection récente.
10-14 mm	IDR positive. Infection tuberculeuse latente probable, le contexte aide à définir l'ancienneté.
≥ 15 mm	IDR positive. Infection tuberculeuse latente probablement récente.
Chez un enfant de moins de 15 ans	
Si aucune vaccination BCG : une IDR ≥ 5 mm évoque une infection tuberculeuse latente.	
Si BCG datant de dix ans ou plus : une IDR ≥ 10 mm évoque une infection tuberculeuse latente (entre 5 et 9 mm, il peut s'agir d'une réaction due au BCG ou d'une infection tuberculeuse latente).	
Si BCG datant de moins de dix ans : une IDR ≥ 15 mm évoque une infection tuberculeuse latente. Entre 10 et 14 mm, il peut s'agir d'une réaction due au BCG ou d'une infection tuberculeuse latente. Entre 5 et 9 mm, il s'agit plutôt d'une réaction due au vaccin.	

D'après l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2009

Synthèse médico-sociale :	
	
	<h1>Carnet de suivi médico-social</h1>
NOM : _____ _____ PRENOMS : _____ _____ Date de Naissance : ____/____/____	
PASS – CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULEME Rond-Point de Girac CS 55015 Saint Michel 16959 Angoulême Cedex 9 Tél : 05.45.24.41.79 Fax : 05.45.24.25.81 Adresse Mail : elsa-pass@ch-angouleme.fr	

Prise en charge sociale

Date d'arrivée en France : ____/____/____

Date d'arrivée au CAO¹ : ____/____/____

Date du premier rendez-vous à l'OFIL² : ____/____/____

Couverture sociale instruite : AME³ PUMA⁴

CMU-C⁵

Date d'ouverture des droits :

Prévus le ____/____/____

Ouvert le ____/____/____

Prise en charge médicale le

Visite IDE	Pouls	Suivi
	Tension artérielle	
	Température	
Visite médicale		
Vaccinations	IDR	
Radio Pulmonaire		
Dépistage	Sérologie	Fait le
	HIV	Fait le
	Hépatite B	Fait le
	Hépatite C	Fait le
	Syphilis	
	Chlamydia	
Problème de santé		

¹ Centre d'Accueil et d'Orientation
² Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
³ Aide Médicale Etat
⁴ Protection Universelle Maladie
⁵ Couverture Maladie Universelle Complémentaire

ANNEXE 9 : Ordonnance de radiographie pulmonaire systématique

**GÉNÉRIQUES
AUTORISÉS**

**CENTRE HOSPITALIER d'ANGOULÊME
PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS**

n° FINESS
160000263

Angoulême, le

ALD : Non

**Permanences
d'Accès aux Soins de
Santé**

**Dr TABUTEAU
Médecin Responsable**

Radiographie pulmonaire :
Systématique Primo-arrivants :

asymptotique
 symptomatique

● résultats à envoyer :
-pass@ch-angouleme.fr
-cfallas@lacharente.fr
-cfavreau@lacharente.fr
-scoussi@lacharente.fr

Tél : 05.45.24.41.79

RASS
Permanence d'Accès aux Soins de Santé
Centre Hospitalier d'Angoulême
Rond-Point de Girac
CS 55015 Saint-Michel
16959 ANGOULEME Cedex 9
Tél. 05 45 24 41 78

ANNEXE 10 : Protocole d'admissions des « mineurs » au sein du CHA

 <p>CENTRE HOSPITALIER ANGOULÊME</p> <p>Rond-point de Girac CS 55 015 Saint-Michel 16959 ANGOULEME CEDEX 9 pass@ch-angouleme.fr</p>	<p>P.A.S.S. Permanence d'Accès Aux Soins</p>	<p>Dr. Corinne TABUTEAU - Responsable P.A.S.S.</p> <p>Infirmières P.A.S.S. Mme RAMBAUD Catherine Mme VALLADE Aurélie Mme MANAI Stéphanie Mme CHARPENTREAU Lucie</p> <p>Assistants Socio éducatifs : Mme BENKHALFALLAH Salima Mme LETERTRE Estelle</p> <p>prenom.nom@ch-angouleme.fr</p>
<p>Mme GROUX Sonia Cadre de Santé ☎ 2704 P.A.S.S. ☎ 05 45 24 41 79 📠 05 45 24 25 81</p>		
<p><u>Prise en charge des mineurs non accompagnés devant être hospitalisés /plateau technique</u></p> <p>Définition MNA : mineurs non accompagnés, ancien terme utilisé mineurs isolés étrangers (MIE). Ce terme regroupe essentiellement les mineurs migrants .</p> <p>Deux groupes sont à différencier :</p> <p>1/ Il y a ceux qui sont confirmés mineurs et donc sont sous la responsabilité de l'aide sociale à l'enfance .le conseil général est le représentant légal. Cette situation est la moins complexe : il y a un mineur et donc un tuteur. Il est alors nécessaire de faire signer le document hospitalier confirmant l'accord du tuteur à une hospitalisation ,intervention ,actes invasifs .</p> <p>2/ le jeune est toujours dénommé MNA, mais le procureur de la république s'est dessaisi du dossier, ce qui revient à dire qu'il n'y a pas d'éléments pour considérer qu'il est mineur ,et de ce fait , il est sorti du Centre départemental de l'enfance (attestation CDE systématique) et se retrouve alors dans des lieux d'hébergement d'urgence ou à la rue. Il peut faire un recours auprès du juge des enfants (presque toujours) : confirmation s'il est mineur ou majeur. Si confirmation par le Juge des enfants qu'il est mineur : obligation alors d'une prise en charge de nouveau par le Centre départemental de l'enfance</p> <p>Dans le délai ou le jeune MNA est sorti du CDE et en attente d'un entretien et d'une décision du juge pour enfant, il est considéré par la justice Comme majeur mais possède des papiers de mineurs : « MIJEURS »</p>		



Rond-point de Girac
CS 55 015 Saint-Michel
16959 ANGOULEME CEDEX 9
pass@ch-angouleme.fr

P.A.S.S.
Permanence d'Accès Aux Soins

Dr. Corinne TABUTEAU - Responsable P.A.S.S.

Infirmières P.A.S.S.

Mme RAMBAUD Catherine
Mme VALLADE Aurélie
Mme MANAI Stéphanie
Mme CHARPENTREAU Lucie

Assistants Socio éducatifs :

Mme BENKHALFALLAH Salima
Mme LETERTRE Estelle

prenom.nom@ch-angouleme.fr

Mme GROUX Sonia Cadre de Santé ☎ 2704
P.A.S.S. ☎ 05 45 24 41 79 📠 05 45 24 25 81

3/ C'est cette situation intermédiaire, où le jeune est **ni mineur, ni majeur** qui doit être expliquée aux agents hospitaliers.

Des étiquettes « spécifiques » sont réalisées pour leur entrée afin de les identifier pour éviter une problématique d'identito-vigilance mais aussi pour permettre aux agents hospitaliers de mieux repérer ce type de situation.

Ainsi, lors de cette situation :

- L'entrée administrative est faite selon les papiers fournis par le jeune , avec sa couverture sociale réalisée avec une date de naissance donnée par le jeune où il apparaît mineur .
- L'attestation du CDE (avec la phrase 'le parquet ne s'est pas saisi du dossier de Mr ou Mme...) doit être dans le dossier.
- Le « Mijeur » est considéré comme majeur par la loi et il est donc pris en charge Comme tous majeurs.

Il y aura donc toujours dans ce type de situation une incohérence entre :

- Une date de naissance avec une couverture sociale ou le jeune est mineur ;
- Une prise en charge de majeur (impérativement attestation CDE ou document du tribunal).

NB si urgence :

À mettre aussi texte de loi pour les mineurs et prise en charge hospitalière urgente ou semi-urgente qui donne le cadre juridique et permet d'intervenir.

Indication : Jeune migrant dont on a une date de naissance mineur et aucun document pour signifier s'il est confirmé mineur par la loi ou majeur.

RESUME

Introduction: La problématique des Mineurs non accompagnés (MNA) a pris depuis plusieurs années une ampleur qui ne cesse de croître. Certains de ces jeunes sont exclus du dispositif de protection de l'enfance car considérés comme majeurs sans que leur minorité n'ait pourtant été formellement contestée ni leur majorité formellement avérée. Ce sont ces jeunes, appelés les « mijeurs » qui rencontrent des problématiques de prise en charge.

Matériel et méthodes : Les jeunes se présentant comme MNA entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017, à la PASS d'Angoulême ont été inclus. Nous avons étudié leur état de santé, leurs caractéristiques socio-administratives (statut administratif, couverture sociale et lieu d'hébergement) et leurs motifs de consultation.

Résultats : 56 jeunes se présentant comme MNA ont consulté à la PASS d'Angoulême. La population était essentiellement masculine (94,6%) avec un âge médian de 16 ans. Ils provenaient d'Afrique de l'Ouest et étaient pour la plus part sans domicile fixe. 94% d'entre eux ont été reconnus secondairement MNA par le juge des enfants. Sur le plan médical, ils souffraient essentiellement de troubles psychologiques (42,8 %). En matière de prévention, tous ont eu accès aux dépistages des maladies sexuellement transmissibles et de la tuberculose.

Conclusion : Cette étude apporte, une description des caractéristiques démographiques et médico-sociales des « mijeurs » et permet de porter un regard sur cette population insuffisamment documentée. Considérés « ni mineurs - ni majeurs », cette aberration administrative renforce la particulière vulnérabilité de ces jeunes isolés qui ne peuvent bénéficier de leurs droits d'enfant.

MOTS CLES : mineurs non accompagnés, mijeurs, migrant, état de santé, précarité



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

