

**LES MINEURS ISOLÉS ETRANGERS PRIMO-ARRIVANTS EN FRANCE :
SITUATION, DISPOSITIFS ET PRISE EN CHARGE**

Dr Nathalie GARCIA
Mémoire du DIU Santé des Migrants
Université Paris XIII
Mai 2017

INTRODUCTION.....	3
EVOLUTION DES DISPOSITIFS.....	4
LES MIE EN FRANCE ET EN EUROPE: QUELQUES DONNÉES DEMOGRAPHIQUES.....	5
1- NOMBRE D'ARRIVÉE EN FRANCE.....	5
1a -Evolution croissante durant la dernière décennie.....	5
1b – Les chiffres récents.....	7
2- NOMBRE D'ARRIVÉE EN EUROPE.....	10
3- LES PROFILS DES MIE.....	12
3a- Données selon l'âge.....	12
3b- Selon le genre.....	13
3c- Selon le pays d'origine.....	14
LES MOTIFS DU DEPART ET LES CIRCONSTANCES D'ARRIVEE DES MIE.....	18
1- Les motivations de départ.....	18
2- Le parcours migratoire des migrants.....	20
3- Les modalités d'arrivée en France.....	21
3a- Arrivée par la frontière:.....	21
3b- Entrée par la voie terrestre.....	22
CADRE JURIDIQUE DES MESURES DE PROTECTION POUR LE MIE.....	24
1-Protection juridique.....	24
2-Mesures de protection sociale de l'enfance.....	26
LES MESURES DE PROTECTION, D'ORIENTATION, ET D'ACCOMPAGNEMENT.....	28
1- Le processus d'évaluation.....	28
1a- 1ere étape : la demande de protection et mise à l'abri.....	28
1b- 2e étape : L'évaluation de la minorité et de l'isolement.....	28
1c- la détermination médico-légale de l'âge.....	29
1d- 3e étape : saisie du Procureur de la République en vue d'une OPP.....	30
1e- 4e étape : le placement à l'ASE.....	30
2- Les mesures d'hébergement.....	31
2a- Pendant la phase de mise à l'abri et d'évaluation et d'orientation.....	31
2b- l'accueil pérenne.....	32
3- Accès à l'alimentation.....	34
4- L'accès aux soins.....	34
5- Droit à l'éducation.....	36
5a- Pour les MIE de moins de 16 ans.....	36
5b- Pour les MIE de plus de 16 ans.....	36
LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA POPULATION MIE.....	37
1. Les besoins de santé des MIE.....	37
1a- Soins primaires et motifs de consultation.....	37
1b- Bilans de santé pour les primo-arrivants.....	40
2- Les spécificités de la population des MIE.....	44
2a- Des mineurs adolescents en majorité.....	44
2b- Des mineurs allophones pour certains.....	44
2c- Des mineurs de passage temporaire.....	44
2d- Des mineurs précaires sans domicile fixe.....	45
2e- Des mineurs vulnérables et traumatisés par leur migration dans la majorité....	45
2f- Des mineurs à risque de fugue.....	47
3- quelques pistes pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire des MIE.....	47
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	50

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, la France, comme le reste de l'Europe, se voit confrontée à un nouveau phénomène migratoire, celui des mineurs isolés étrangers (MIE).

Ces derniers appelés encore mineurs non accompagnés (MNA), doivent bénéficier de la protection suprême des états accueillants, selon la convention internationale relative aux droits de l'enfant .

Or, en réalité en France, au bout de leur parcours migratoire déjà éprouvant voire traumatisant, un véritable dédale juridico-administratif les attend, pour espérer recevoir les mesures de protection dues à leur statut de mineur isolé. Pour certains, l'enfer continue. Pour beaucoup, les besoins primaires et notamment sanitaires pressent.

Face à cette nouvelle urgence sociale et sanitaire, les services sociaux, comme les hôpitaux, s'organisent au mieux. Ils sont parfois démunis dans leur pratique faute d'expérience ou de connaissance de ce nouveau public, voire perdus devant les multiples procédures sociales et juridiques imposées aux MIE.

En parallèle, les décideurs publics se mobilisent aussi, dans une logique, parfois contradictoire, de contrôle des flux migratoires et de politique sociale liée à l'enfance en danger. Un dispositif national spécifique a été instauré en 2013, pour la mise à l'abri, l'évaluation et l'orientation des MIE.

Ce travail est une synthèse de documents relatifs aux MIE. Il vise à décrire la situation actuelle des MIE en France, ainsi les mesures juridiques, sociales et sanitaires qui les accompagnent.

Son objectif est d'apporter des bases de connaissance utiles à leur prise en charge médicale, en appréhendant mieux leur contexte complexe ainsi que leurs vulnérabilités d'enfant se retrouvant seul en terre étrangère.

EVOLUTION DES DISPOSITIFS

Le phénomène des mineurs étrangers, arrivant sur le territoire français en étant réellement isolés (à la différence des enfants yougoslaves dans les années 80), apparaît au milieu des années 1990. Les premiers travaux de réflexion sont initiés, aux niveaux des pouvoirs publics et des associations. L'arrivée de ces enfants va s'amplifier à partir de 1999 dans différents points du territoire : Paris, la Seine-Saint-Denis, le Nord et le Pas-de-Calais, les Bouches-du-Rhône et Lyon.

Les deux départements les plus concernés étaient déjà Paris et la Seine-Saint-Denis : En 2003, ces deux départements recevaient 50% des mineurs isolés étrangers se trouvant sur le territoire national, 30% à Paris et 20% en Seine-Saint-Denis. En Seine-Saint-Denis, la hausse a également été importante, les admissions ayant augmenté de 250 % entre 2007 et 2008 pour culminer en 2010.

Le département du Pas-de-Calais est, quant à lui, un territoire de transit : 2 250 mineurs ont traversé ce département en 2009, et seuls 20 sont restés en France et ont été placés au long cours dans des dispositifs de protection de l'enfance.

Face aux problèmes posés par l'augmentation des flux de MIE dans ces années 2000, et compte tenu de la saturation des structures d'accueil et des grandes disparités d'effectifs et de qualité de prise en charge entre les départements, plusieurs élus et associations ont demandé à l'État Français d'intervenir. Un rapport parlementaire présenté par Madame la sénatrice Isabelle Debré en mai 2010 a abouti à la création d'une plateforme interministérielle consacrée aux MIE, au sein de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ).

Les concertations entre l'État et les départements ont donné naissance à la circulaire du 31 mai 2013, qui a mis en place un dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des MIE. Ce dispositif coordonne notamment la répartition nationale des MIE, basée sur la part de population de moins de 18 ans dans chaque département et donne des directives concernant leur prise en charge initiale.

Les services de l'Aide sociale à l'enfance de ces départements mobilisent alors des moyens importants. La Direction des Affaires Sociales de l'Enfance et de la Solidarité (DASES) de Paris crée une Cellule destinée à l'Accueil des Mineurs Isolés Etrangers (CAMIE).

Le département du Pas-de-Calais est, quant à lui, un territoire de transit : 2 250 mineurs ont traversé ce département en 2009, et seuls 20 sont restés en France et ont été placés au long cours dans des dispositifs de protection de l'enfance.

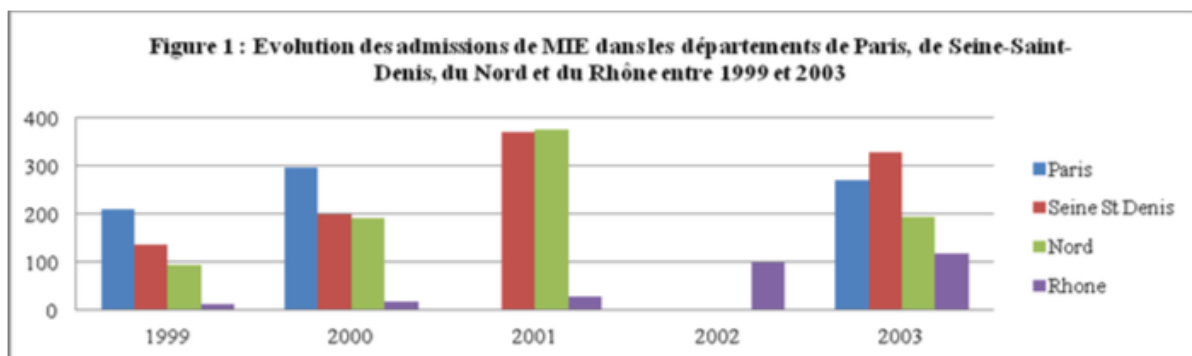
LES MIE EN FRANCE ET EN EUROPE: QUELQUES DONNÉES DEMOGRAPHIQUES

1- NOMBRE D'ARRIVÉE EN FRANCE

1a -Evolution croissante durant la dernière décennie

Après s'être confirmée au milieu des années 90 en France, la présence de MIE s'est imposée comme un phénomène pérenne, mais avec des évolutions dans les rythmes d'arrivées et dans le profil des mineurs accueillis. Après une première vague au début des années 2000, les arrivées de MIE ont connu une nouvelle accélération une dizaine d'années plus tard.

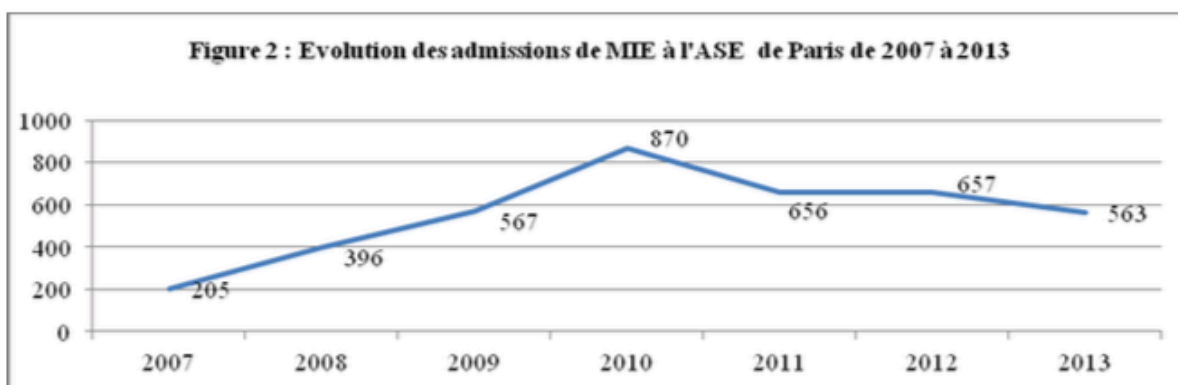
Les premières arrivées significatives se sont réparties selon les départements entre 1999 et 2005, avec un maximum d'admissions à l'ASE aux alentours des années 2001-2003.



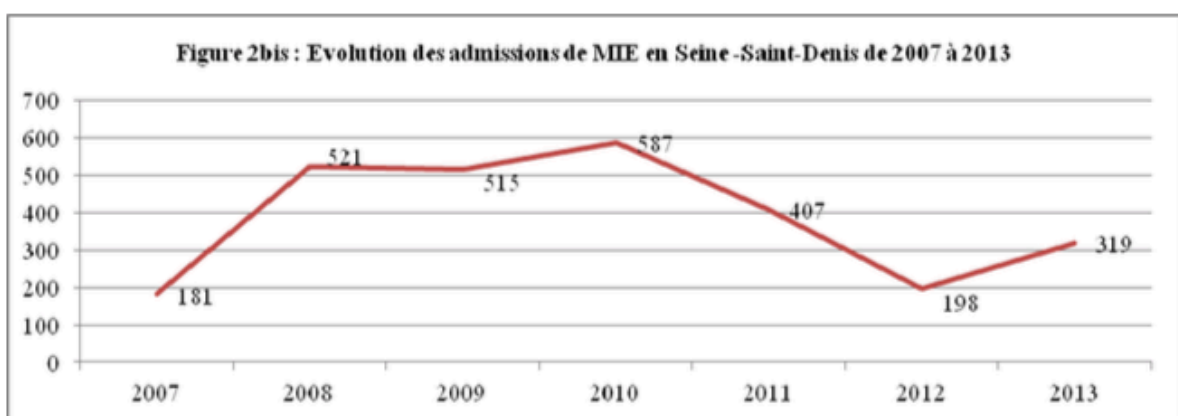
Source : Enquêtes Etienneble (2002) et IGAS (2005) auprès des conseils généraux.

Une seconde phase d'accélération des arrivées peut être observée à partir de 2008-2010 à Paris et en Seine-Saint-Denis, puis à partir de 2011-2012 dans d'autres départements.

A Paris, le nombre des admissions de MIE à l'ASE a doublé entre 2007 et 2008 pour atteindre un pic en 2010. En Seine-Saint-Denis, la hausse a également été importante, les admissions ayant augmenté de 250 % entre 2007 et 2008 pour culminer en 2010. En 2011, le nombre des admissions a baissé dans ces deux départements. Les flux se sont ensuite stabilisés en 2012 sur Paris, puis ont diminué en 2013. En Seine-Saint-Denis, la tendance est demeurée à la baisse en 2012 (-51 %), en lien avec la mise en place à l'automne 2011 d'un dispositif ad hoc de répartition des mineurs vers d'autres départements, mais elle s'est inversée en 2013 (+61 %).

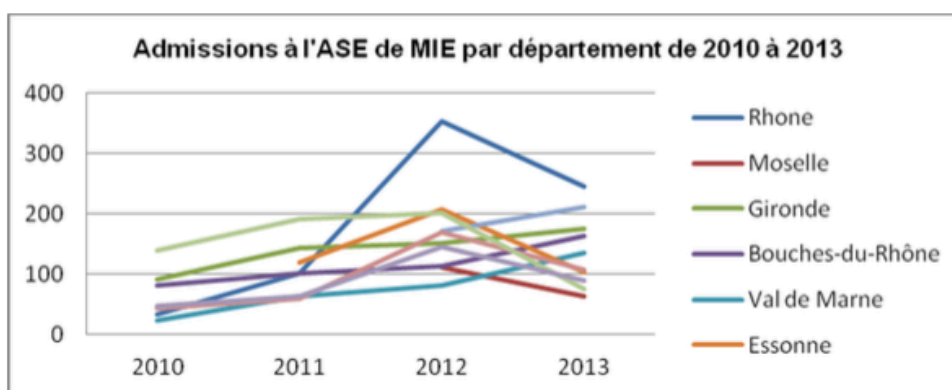


Source : Données recueillies par la mission auprès du CG75 (nombre de mineurs confiés à l'ASE)



Source : Données recueillies par la mission auprès du CD 93 (mesures d'admissions administratives et judiciaires dont recueil provisoire d'urgence et OPP du parquet).

Cette seconde vague s'observera avec un décalage de quelques années dans les autres départements. Dans le Rhône et le Val-de-Marne, le nombre des entrées a triplé entre 2010 et 2011, cette tendance à la hausse se poursuivant de manière forte dans le Rhône et sur un mode plus nuancé dans le Val-de-Marne entre 2011 et 2012. Des hausses marquées sont aussi observées entre 2010 et 2011 dans le Loiret (33 %), en Ile-et-Vilaine (37 %), dans le Bas-Rhin (37 %), la Gironde (55 %) ainsi qu'entre 2011 et 2012 dans le Loiret (127%), dans le Bas-Rhin (180%) et dans l'Essonne (75%).



Source : Données recueillies par la mission auprès des CG et du parquet de Créteil, recensées de manière non homogène (cf. annexe 3).

1b – Les chiffres récents

La recherche de données actuelles précises et chiffrées en France et en Europe est difficile. De plus, les rapports nationaux et européens, laissent apparaître de grandes divergences dans les données, pour plusieurs raisons :

- Il existe des différences dans les recensements de chacun des pays de l'UE. Certains ne comptabilisent que les mineurs demandeurs d'asile, d'autres distinguent les mineurs isolés des mineurs demandeurs d'asile des mineurs victimes de la traite et des réseaux mafieux dans des statistiques différentes.

- En France, il n'existe pas de données officielles fiables permettant d'évaluer la situation sur le plan national. Les services publics de protection de l'enfance étant gérés par des collectivités locales, les données sur les jeunes faisant l'objet d'une mesure de protection ne sont pas centralisées et la recherche des données au niveau local par les ONG ou les institutions nationales est marquée par des imperfections et des décomptes parfois divergents selon les régions.

- Enfin, les chiffres donnés n'indiquent pas tous s'il s'agit du nombre d'entrées de MIE sur le territoire français par année ou du nombre de MIE présents sur le territoire par année, ce qui change énormément la situation.

Ce n'est que depuis la mise en place d'un dispositif national de prise en charge au 1er juin 2013 que l'on dispose d'une estimation plus fiable du nombre de MIE accompagnés par les conseils départementaux, à partir de leur enregistrement sur une base de données nationales (base @MIE).

Au 31 décembre 2014, le nombre total de jeunes MIE pris en charge sur le territoire s'élevait à 6158 : parmi eux, 63 % sont maintenus dans les départements qui les ont évalués et 37 % sont orientés vers d'autres départements en vue de leur accueil.

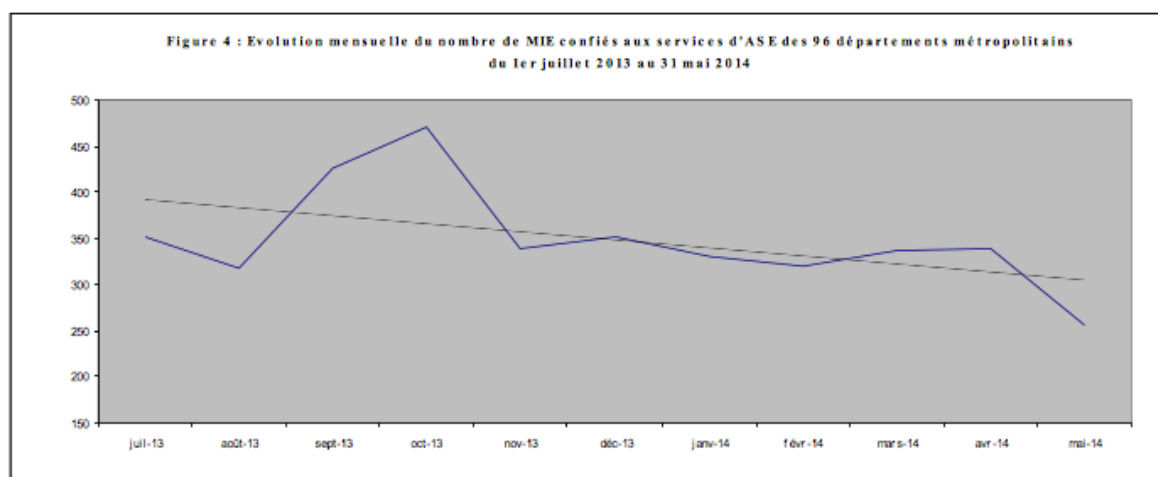
Avant 2013, la prise en charge des jeunes migrants étaient très inégalement réparties. Actuellement, si quelques départements concentrent encore la majorité des entrées de MIE, la plupart des départements métropolitains est aujourd'hui concernée à différents degrés. Selon les données de la base @MIE, près d'un quart des entrées (23 %) se concentrent dans trois départements (Paris, Seine Saint-Denis et le Nord), et près des trois quarts (72%) se répartissent dans 25 départements.

Tableau n° 1 : Répartition des entrées de MIE par départements entre le 1^{er} juin 2013 et le 31 mai 2014 (part cumulative)

Nombre d'entrées en un an	Départements	Part cumulative dans les entrées totales de MIE
300 mineurs et plus	1 département : <i>Paris</i> , 442 entrées	11%
Entre 200 et 299 mineurs	2 départements : <i>Nord</i> , 258 entrées, <i>Seine-Saint-Denis</i> , 247 entrées	23%
Entre 100 et 199 mineurs	6 départements : <i>Haute-Garonne</i> , <i>Val-de-Marne</i> , <i>Bouches-du-Rhône</i> , <i>Rhône</i> , <i>Essonne</i> , <i>Bas-Rhin</i> .	48%
Entre 50 et 99 mineurs	15 départements : <i>Val-d'Oise</i> , <i>Loire-Atlantique</i> , <i>Hauts-de-Seine</i> , <i>Loiret</i> , <i>Ille-et-Vilaine</i> , <i>Moselle</i> , <i>Pas-de-Calais</i> , <i>Gironde</i> , <i>Oise</i> , <i>Loire</i> , <i>Indre-et-Loire</i> , <i>Seine-Maritime</i> , <i>Haute-Savoie</i> , <i>Doubs</i> , <i>Somme</i>	72%
Entre 20 et 49 mineurs	25 départements	92%
Entre 0 et 19 mineurs	47 départements	100%

Source : DPJJ, base @MIE

La mise en place du dispositif national au 1er juin 2013 a permis une répartition nationale des flux entrants au niveau des 96 départements (sauf outremer). Elle n'a pas révélé une nouvelle augmentation du nombre d'enregistrement de MIE, par département et par mois, d'après les données de base @MIE.

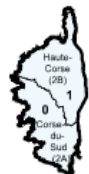
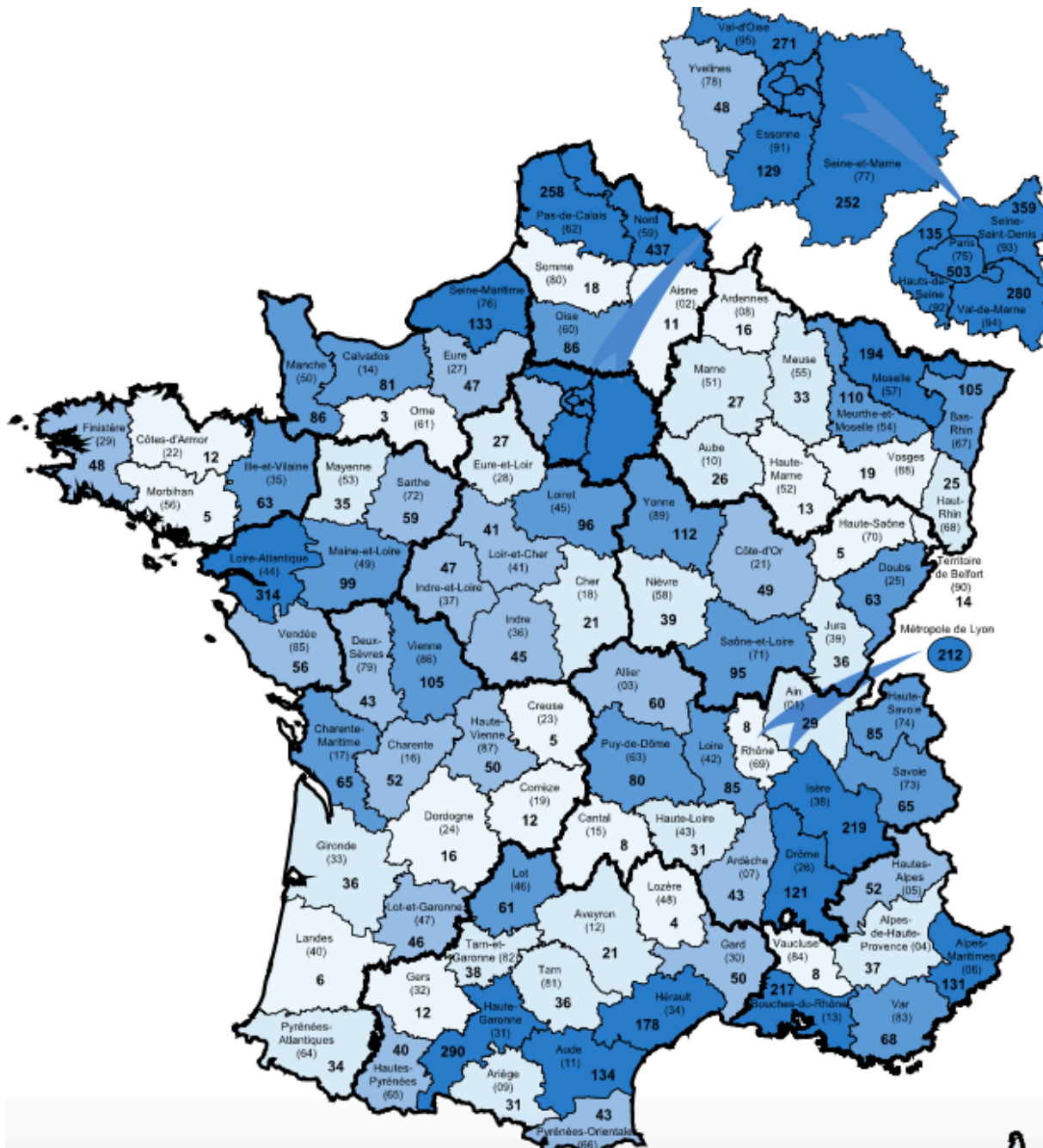


Source : DPJJ, base de données @MIE.

Cette stabilité globale des flux d'admissions acquise après les premiers mois de fonctionnement du dispositif se retrouve dans la majorité des départements étudiés par la mission. Elle recouvre néanmoins des différences selon les départements : certains, comme les Bouches-du-Rhône ou le Bas-Rhin, connaissent une tendance à la baisse, alors que d'autres, comme le Val-de-Marne et l'Essonne enregistrent une hausse des admissions à partir du mois de novembre 2013.

D'après les derniers chiffres disponibles, d'après un rapport en 2016 de la Cellule nationale MNA (Mineurs non Accompagnés), les chiffres nationaux semblent à la hausse : 8054 MIE ont été déclarés sur le territoire français en 2016, contre 5990 en 2015, 5033 en 2014 et 2555 en 2013.

Répartition nationale des MIE évalués en 2016



Part des personnes évaluées MNA sur chaque département dans le total des évaluations concluant à minorité et isolement sur l'ensemble du territoire métropolitain

- de 0,00 à 0,25 %
- de 0,25 à 0,50 %
- de 0,50 à 0,75 %
- de 0,75 à 1,50 %
- de 1,50 à 6,25 %

11 Nombre de personnes évaluées MNA sur chaque département en 2016

Les flux d'arrivées se concentrent majoritairement sur les départements frontaliers, principalement ceux qui comprennent des villes à forte densité, ainsi que ceux du littoral abritant une zone portuaire importante et d'Île-de-France.

2- NOMBRE D'ARRIVÉE EN EUROPE

Ce phénomène concerne à des degrés divers, tous les pays de l'Union européenne.

Les éléments recueillis par la mission auprès des attachés de sécurité intérieure en poste en Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Italie, Grèce, Pays-Bas et Royaume-Uni démontrent que ces pays sont également confrontés à l'arrivée de MIE depuis plusieurs années.

Les chiffres recensés sont hétérogènes mais donnent toutefois des ordres de grandeur. En 2012:

- 4767 mineurs pris en charge en Allemagne contre 3482 en 2011 et 2822 en 2010,
- 1574 mineurs demandant l'asile en Autriche contre 1121 en 2011 et 687 en 2010,
- 3355 jeunes se déclarant isolés et non accompagnés en Belgique (données avant toute évaluation) contre 3848 en 2011 et 2901 en 2010,
- 3261 mineurs étrangers non accompagnés en situation de danger moral et hébergés par les services de protection des mineurs en Espagne contre 3623 en 2011 et 4378 en 2010,
- 6670 mineurs étrangers non accompagnés titulaires d'un permis de séjour pour mineur ou pour tutelle en Italie,
- 382 MIE aux Pays-Bas contre 278 en 2011 et 701 en 2010,
- 1125 étrangers mineurs isolés demandeurs d'asile au Royaume-Uni.

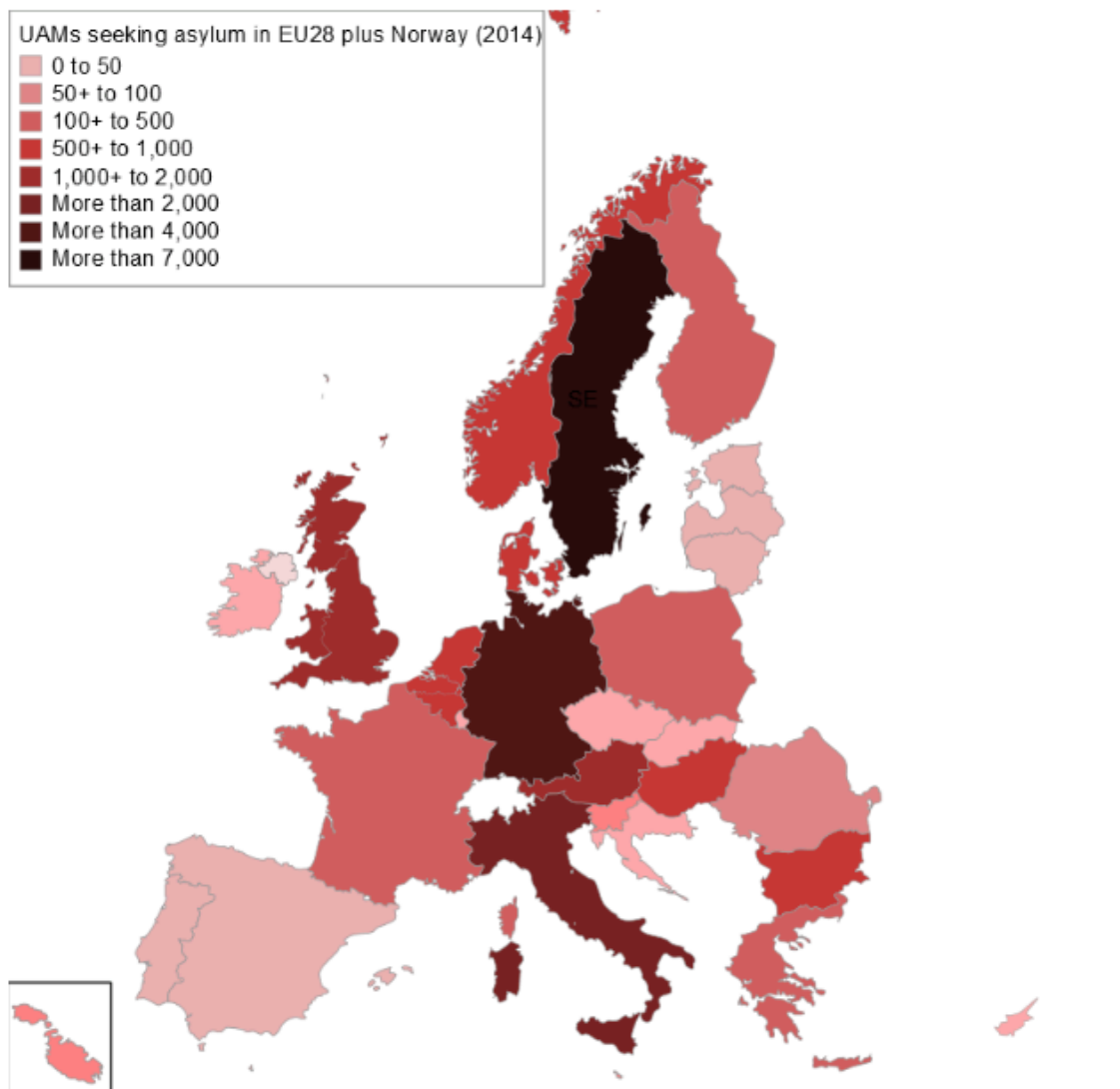
Pour faire face à ces arrivées, les pays établissent des dispositifs d'évaluation, de protection, de prise en charge, de régularisation, voire de retour dans le pays d'origine différents selon leur tradition juridique et administrative.

Selon Eurostat, le nombre de MIE demandeurs d'asile dans l'UE est en augmentation régulière depuis 2010, atteignant 24 075 mineurs en 2014 ou 4 % du nombre total de demandeurs d'asile sur cette même année. La Suède (29 %), l'Allemagne (18 %), l'Italie (10 %), l'Autriche (8 %) et le Royaume-Uni (8 %) ont accueilli le plus grand nombre de MIE de l'UE, soit, à eux seuls, plus de 70% de l'ensemble des MIE demandeurs d'asile en 2014.

Le nombre de MIE arrivant dans l'UE et ne demandant pas l'asile n'est pas connu et seuls quelques États membres sont en mesure de fournir des données statistiques sur

les mineurs dans cette situation. Les données disponibles indiquent néanmoins clairement que le nombre de MIE se trouvant dans l'UE et ne demandant pas l'asile était supérieur à 8 500 en 2013. Une grande partie de ces MIE arrive en Italie, mais quelques États (membres) ont également communiqué des statistiques sur la présence de MIE dans cette situation sur leur territoire. Les informations complètes et comparables sur le nombre de MIE ne demandant pas l'asile et leur sort sont, dans l'ensemble, rares. Il en est de même pour les MIE demandeurs d'asile dans l'UE.

Nombre de MIE demandeurs d'asile en 2014 dans l'UE28 et la Norvège, par pays



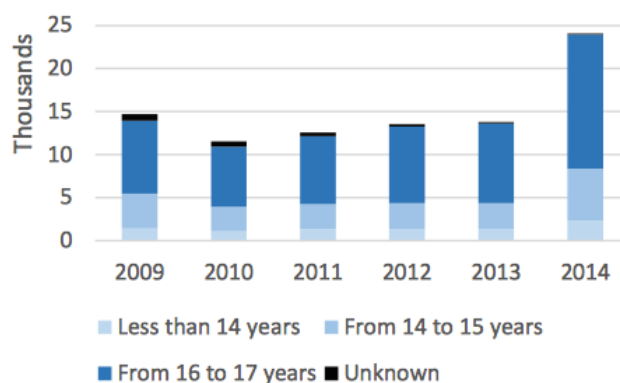
3- LES PROFILS DES MIE

Les profils de ces jeunes sont par ailleurs variés et ont évolué dans le temps. Certaines caractéristiques restent toutefois globalement constantes, notamment en matière d'âge et de genre : les MIE sont essentiellement des garçons (87 %) et sont âgés en moyenne de 16 ans et deux mois.

3a- Données selon l'âge

En Europe, la plupart de ces mineurs ont entre 16 et 17 ans (65 %), et une petite minorité est âgée de moins de 14 ans. Les principaux pays d'origine de ces MIE sont l'Afghanistan, l'Érythrée, la Syrie, la Somalie, la Gambie et le Maroc.

Evolution du nombre de MIE demandeurs d'asile en Europe et Norvège, par âge, de 2009 à 2014

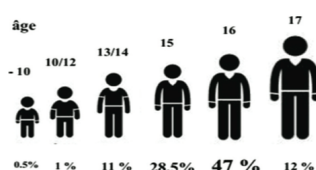


Source: Eurostat, 2009-2014

En France

Selon les données officielles françaises, l'âge moyen des MIE recensés dans la base @MIE au 31 mai 2014 est de 16 ans et 2 mois. Les mineurs de 15 à 16 ans représentent 26,3 % des jeunes, ceux de 16 à 17 ans 46,8 % et les plus de 17 ans 11,6 %. Il est possible d'observer un léger vieillissement des mineurs accueillis. La part des plus de 15 ans est passée de 75 % en 2001 à 87 % en 2014. En outre, la part des jeunes garçons a augmenté de 80% de 2001 à 87 % en 2014.

En 2014, les profils des MIE d'après les données de la cellule nationale étaient essentiellement des garçons, âgés en moyenne de 16 ans et deux mois



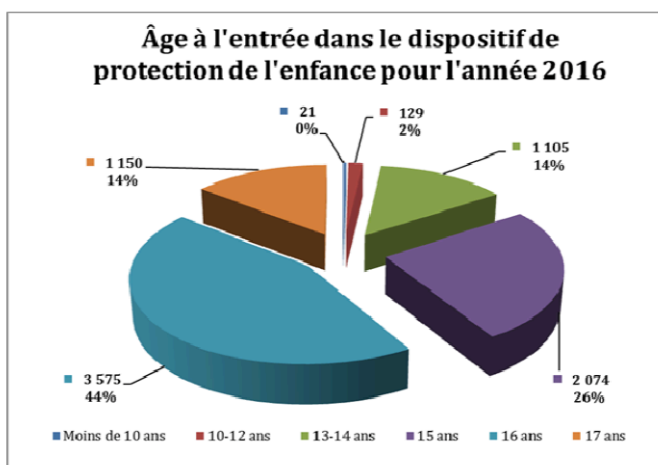
Source : DPJJ

L'âge d'entrée dans le dispositif de la protection de l'enfance en 2016

Tranche d'âge	2016	Pourcentage 2016	2015	Pourcentage 2015	Evolution 2015-2016
Moins de 10 ans	21	0,26%	11	0,18%	0,12%
10-12 ans	129	1,60%	64	1,07%	0,81%
13-14 ans	1 105	13,72%	653	10,90%	5,61%
15 ans	2 074	25,75%	1 496	24,97%	7,18%
16 ans	3 575	44,39%	2 761	46,09%	10,11%
17 ans	1 150	14,28%	1 005	16,78%	1,80%
TOTAL	8 054	100,00%	5 990	100,00%	25,63%

Info Mission MNA 2016

On observe un net rajeunissement des MNA lors de leur entrée dans le dispositif de protection de l'enfance.



3b- Selon le genre

Que ce soit d'une manière générale en Europe, ou en France, le sexe masculin est largement majoritaire.

Selon les données européennes de 2015 (Rapport Européen sur la Migration), la majorité des MIE demandeurs d'asile dans l'UE sont de sexe masculin (86 %), une minorité étant des filles (14 %).

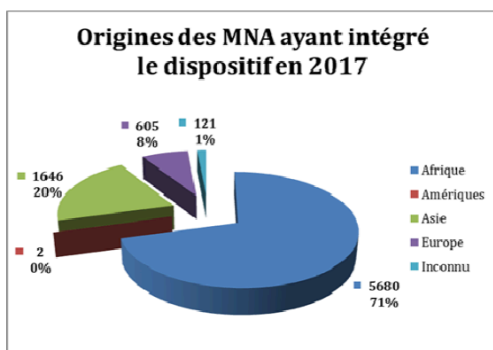
En France en 2016, sur les 8054 MIE accompagnés par la protection de l'enfance, 94,9 % étaient des garçons (soit 7643), et 5,1% de filles (soit 411).

La proportion de filles aurait encore diminué par rapport aux années antérieures (5,86% en 2015, et 13% en 2014). Une tendance qui interroge. Il est probable que les jeunes filles soient moins nombreuses à partir. Toutefois, le fait que leurs vulnérabilités en fassent des proies faciles pour les réseaux d'exploitation et des victimes potentielles de la traite des êtres humains (TEH), il est à craindre que ces mêmes réseaux fassent

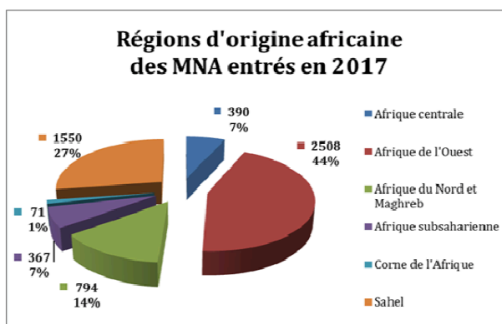
obstacle à leur protection par les dispositifs français, et ne leur permettent pas d'être identifiées et accompagnées par la protection de l'enfance. Ce constat est partagé par un grand nombre de territoires et d'acteurs (associatifs, conseil départementaux et autorité judiciaire). C'est pourquoi, des actions ciblant la TEH se mettent en place progressivement en France.

3c- Selon le pays d'origine

Les origines géographiques des MIE ont fortement évolué depuis le début des années 2000. Ainsi, alors que les Roumains et les Chinois comptaient parmi les premiers mineurs représentés au début des années 2000, ces nationalités ont quasiment disparu des statistiques par nationalité des MIE confiés à l'ASE depuis le 1er juin 2013. Aujourd'hui, les mineurs roumains présents sur le territoire semblent davantage relever d'une immigration familiale, principalement d'origine Rom. Même lorsqu'ils sont repérés par les services administratifs et qu'ils ne sont pas accompagnés par leurs parents, ces mineurs sont difficiles à installer dans les dispositifs de protection. Leur non-isolement et/ou leur réticence aux mesures de protection expliquent leur absence parmi les statistiques relatives aux MIE, sans que cela présume en rien de leur vulnérabilité et de leur besoin de protection.



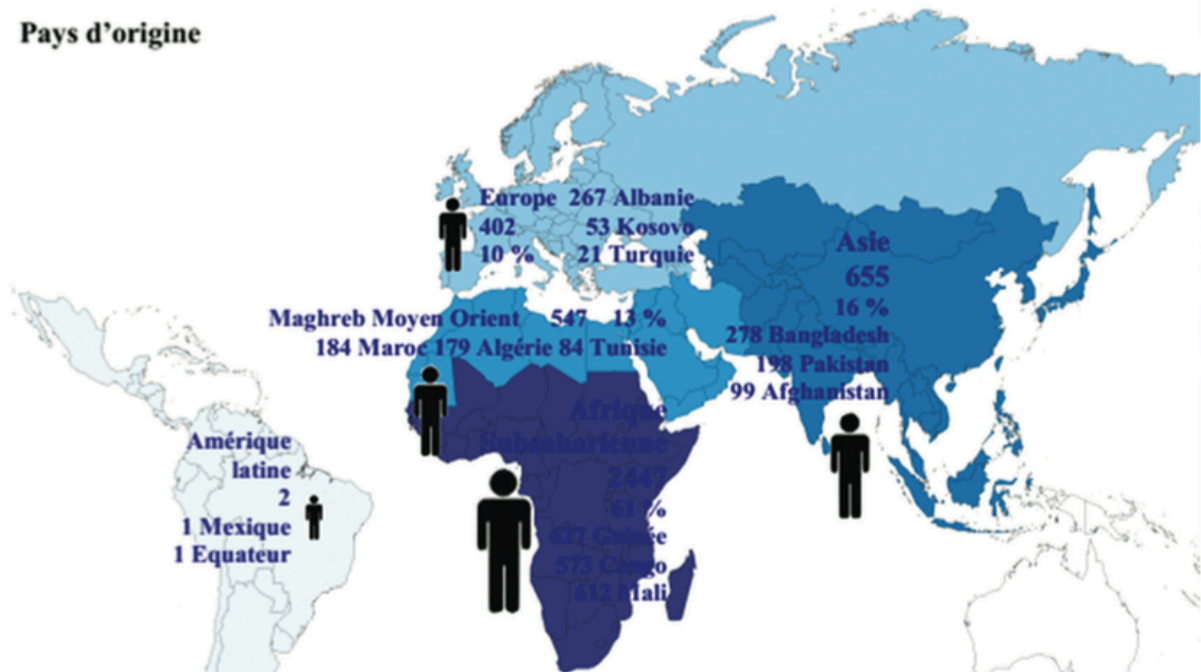
Les origines géographiques des MIE sont très diverses même si elles sont majoritairement représentées par les pays subsahariens et de l'Asie du Sud. Néanmoins, on constate depuis la fin du mois d'août 2016 plus d'arrivées de mineurs venant de l'Afghanistan, d'Inde et du Bangladesh.



Selon les années et les départements, certaines nationalités sont plus ou moins représentées : la Seine-Saint-Denis recense peu d'Afghans contrairement au Pas-de-Calais et à Paris. La présence d'enfants Roms est spécifique à Paris.

La grande diversité des origines géographiques renforce le caractère hétérogène de ce public, 69 nationalités étant identifiées parmi les MIE entrés depuis juin 2013.

Des origines géographiques variées, aujourd'hui principalement d'Afrique subsaharienne et d'Asie du sud



Source : DPJJ

Afrique subsaharienne 2447
61%
627 Guinée
573 Congo
612 Mali

Si certains mineurs fuient des situations de conflits et d'instabilité politique, toute nouvelle zone de conflit ne se traduit pas nécessairement par un afflux de jeunes originaires de ces pays. À titre d'exemple, les jeunes de Syrie et de Centrafrique qui arrivent isolés sont très peu représentés parmi les admissions enregistrées depuis le 1er juin 2013.

Comme pour les migrants adultes, la distribution géographique à travers le territoire français est liée à celles des communautés ethniques déjà présentes et des filières d'immigration sur le territoire. La situation géographique et les réseaux de transport (ex. présence d'un aéroport international dans le département) entrent également en jeu.

Le Pas-de-Calais, le Nord, Paris et la Seine-Saint-Denis restent les départements les plus affectés par l'afflux des mineurs isolés étrangers :

- o Le Pas-de-Calais en raison de sa proximité géographique avec la Grande-Bretagne, terme du parcours d'un grand nombre de migrants

- o Le Nord pour ses réseaux communautaires structurés (marocain notamment) mais

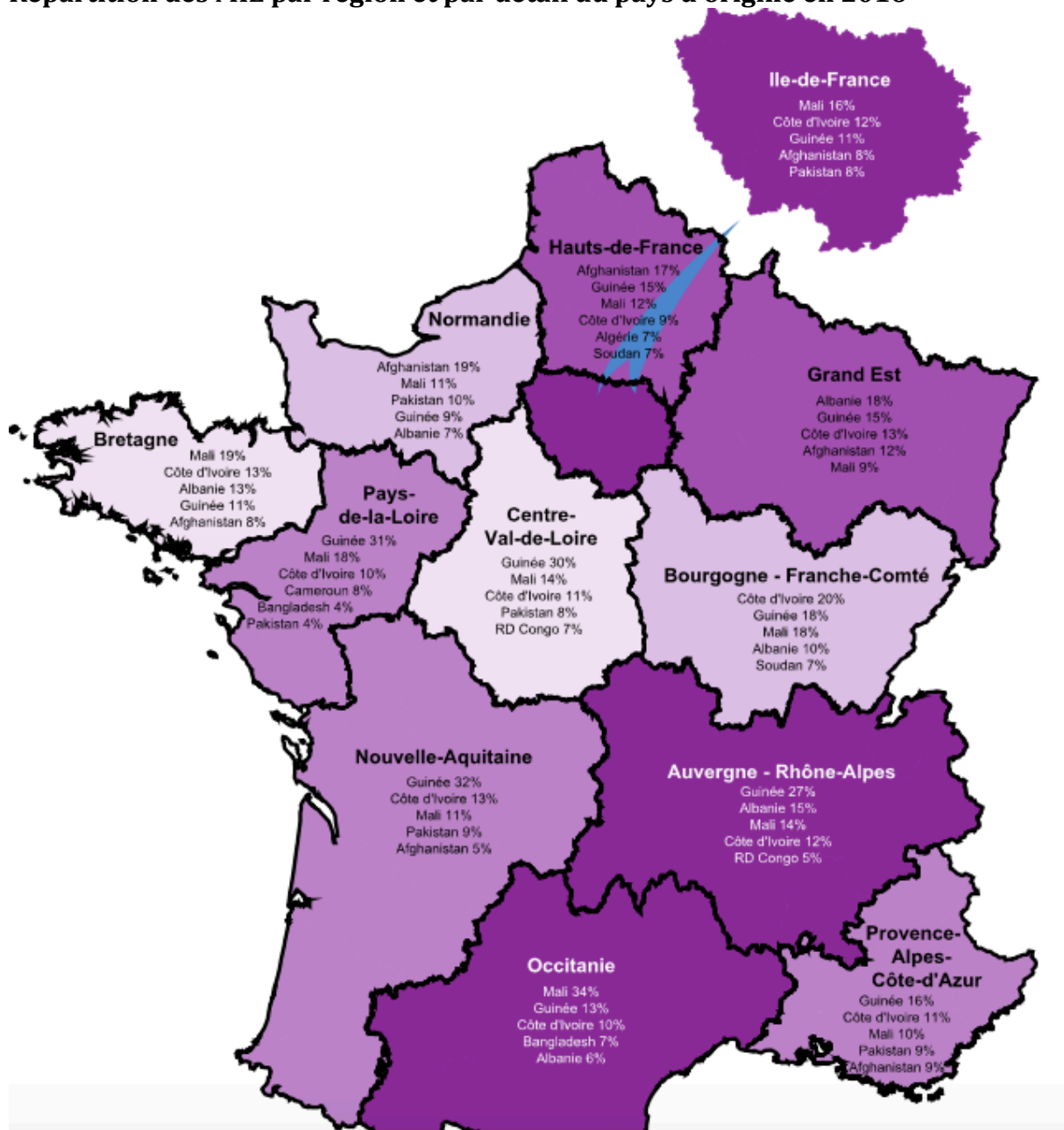
aussi parce que ce département est relié à l'Ile-de-France par des infrastructures ferroviaires et routières de première importance

o Paris, en raison de sa situation particulière de capitale de la première région de France en termes d'attractivité économique et de développement

o La Seine-Saint-Denis, enfin, eu égard à son caractère de terre d'immigration depuis les années soixante, à ses solides réseaux communautaires et en raison de la compétence du Tribunal de Grande Instance de Bobigny pour les mineurs arrivant par la plate-forme aéroportuaire de Roissy.

Les facteurs géopolitiques influencent quant à eux la répartition chronologique, comme en atteste l'augmentation du nombre de MIE maliens accueillis en 2013.

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



Nombre de personnes évaluées MNA dans la région en 2016

- de 1 à 306
- de 306 à 462
- de 462 à 564
- de 564 à 884
- de 884 à 1977

Mali 9% Principaux pays d'origine et part de leurs ressortissants dans le total des personnes évaluées MNA dans la région

MNA : Mineurs Non Accompagnés

INPES / MINEUR & BELLES

On observe globalement une similitude des pays d'origine des MIE sur l'ensemble des régions. La Corse n'a évalué qu'un MIE.

LES MOTIFS DU DEPART ET LES CIRCONSTANCES D'ARRIVEE DES MIE

Tout comme les profils des MIE accueillis, leurs trajectoires migratoires sont aussi très diverses. Ils peuvent être issus de milieux urbains ou ruraux, francophones ou non, avoir bénéficié d'une scolarisation de qualité ou au contraire être analphabètes.

A l'échelle de l'Europe, les raisons pour lesquelles les MIE se rendent dans un Etat membre en particulier sont multiples et souvent liées entre elles. Cependant, les trois principales raisons ressortent des études: le regroupement familial, le rapprochement avec la diaspora ou avec les communautés de migrants ainsi que les raisons économiques et la recherche d'un meilleur avenir, notamment par la scolarisation et les chances qu'ils pensent avoir d'obtenir un titre de séjour et un emploi. Néanmoins, concernant les MIE qui arrivent par le biais d'un réseau de traite des êtres humains ou de trafic illicite de migrants, le pays de destination n'a évidemment pas été choisi.

1- Les motivations de départ

Un travail réalisé en 2 temps par la sociologue Angéline Etiemble, d'abord en 2003 puis en 2012 a abouti aux grandes lignes d'une typologie qui distingue sept catégories de motivation de départ du pays. Cette typologie, qui fait l'unanimité et sert de références dans les documents de travail officiels, permet de mieux comprendre l'origine du parcours migratoire des jeunes et ainsi de mieux les accompagner.

Les catégories sont les suivantes:

- **les exilés**, fuyant une région en guerre, des conflits ethniques ou des persécutions : ils sont le plus souvent demandeurs d'asile, leurs possibilités de retour sont très difficiles. Les pays d'origine les plus concernés par ce phénomène sont les pays d'Afrique subsaharienne ;
- **les mandatés**, mineurs dont le départ est incité, aidé voire organisé par leur famille (parents ou proches), afin de travailler, d'envoyer de l'argent à leur famille restée au pays, de poursuivre des études ou d'apprendre un métier. L'objectif secondaire peut être parfois de faire venir plus tard le reste de la famille. Cette catégorie concerne en majorité des jeunes venus d'Asie ;
- **les exploités**, mineurs aux mains de trafiquants de toutes sortes, parfois victimes de la traite des êtres humains (réseaux de prostitution, d'activités illicites, de mendicité, etc.). Dans cette catégorie, se trouvent en majorité des jeunes d'Europe orientale ;
- **les fugueurs**, mineurs quittant leur lieu de vie (parents, famille élargie, orphelinat) à cause de conflits ou de maltraitance. Ce cas de figure concerne plus particulièrement des mineurs venus du Maghreb et d'Europe orientale
- **les errants**, mineurs déjà en situation d'errance dans leur pays d'origine pour certains depuis longtemps (plusieurs mois ou plusieurs années) et qui ont franchi plusieurs frontières au cours de leur errance. Ils vivaient de la mendicité, de petits emplois de fortune, de délinquance, parfois de prostitution, et décident de venir en Europe dans l'espoir d'une vie meilleure. Ce sont des enfants « de la rue ».

- **les rejoignants**, dont le projet est de retrouver un parent ou un membre de leur famille en Europe. Ce sont parfois des enfants jeunes (moins de 10 ans). Lorsqu'ils arrivent en France, ils ne réussissent pas toujours à retrouver la personne recherchée ou celle-ci refuse parfois de les accueillir ;
- **les aspirants**, qui recherchent une vie meilleure. Leur décision de rejoindre la France est personnelle, avec parfois pour objectif de s'opposer aux discriminations qu'ils ont pu subir dans leur pays d'origine. Ils veulent suivre des études ou travailler. Ces mineurs sont très motivés et « débrouillards ». Ils apprennent souvent le français très rapidement et développent des qualités professionnelles parfois exceptionnelles. En 2009, trois des meilleurs apprentis de France sont ou ont été des mineurs isolés étrangers.

La présentation des MIE n'est pas toujours stéréotypée de la sorte : chacun a vécu sa propre histoire personnelle. Les motifs d'arrivée en France peuvent être multiples pour un même jeune.

Au-delà de ces sept profils, cette typologie permet plus globalement de mettre en évidence deux catégories de jeunes, selon que soit exprimée ou non une demande de protection. Pour la sociologue, « ces profils sont ainsi des repères pour mieux cerner les parcours des jeunes, comprendre leurs projets et savoir comment travailler avec eux ».

En ce qui concerne les MIE demandeurs d'asile, les motifs de départ du pays d'origine sont souvent similaires à ceux des adultes demandeurs d'asile, à part dans les cas d'enfants des rues ou d'enfants sorcières provenant d'Afrique.

Un des auteurs a rappelé que s'il existe différentes "catégories" de MIE, il ressort que ces migrations sont des fuites vers l'avant, qu'elles sont une pulsion de vie qui émerge de la détresse quotidienne de ces jeunes. Effectivement, on ne migre jamais par hasard. Un exil est motivé et ces jeunes sont prêts à prendre le risque de traverser des milliers de kilomètres dans des conditions extrêmes pour trouver un environnement plus sécurisé et plus prometteur pour leur avenir. Il ne faut pas perdre de vue que ce sont souvent les difficultés économiques, les instabilités géopolitiques ou les conflits idéologiques de certains pays qui sont à l'origine de ces migrations (qu'elles soient d'ailleurs de mineurs ou d'adultes). Et on peut considérer que ces problèmes d'ailleurs, concernent également les pays du Nord du fait du retentissement de ce phénomène d'exode.

D'autres s'intéressent à la situation émergente des MIE : Pourquoi les mineurs ne migrent-ils que depuis une quinzaine d'années en France alors que les adultes ou les familles le font depuis plus d'un siècle ? Une des explications pourrait se retrouver dans les dernières modifications des politiques migratoires. En effet, selon eux, la France a signé différentes conventions internationales de protection de l'enfance et, en 1981, a voté une loi qui empêche les expulsions de mineurs. C'est cette loi du 27 octobre 1981, associée aux durcissements des politiques migratoires depuis les années 90, qui a transformé le visage de l'immigration en France, comme en Europe. Mais, une autre analyse de la situation peut soulever la question inquiétante des effets du développement multimédia partout dans le monde. En étudiant bon nombre de situations de mineurs migrants, il apparaît que le développement des moyens de communication permet aux enfants ou aux familles de connaître les régions "attractives". Ce serait ainsi que les mineurs migrants savent précisément dans quel département ils doivent parvenir et parfois même se présenter directement au tribunal. Cela expliquerait aussi

pourquoi certains départements sont saturés et d'autres peu. Un autre facteur déclencheur de la migration des mineurs, beaucoup plus préoccupant, serait l'augmentation des réseaux de passeurs, qui adressent aujourd'hui les migrants directement aux services d'aide sociale : terminus du périple aux portes de la CAFDA ou devant le Service d'Accueil d'Urgence Départemental pour les mineurs, donation (voire même vente parfois) du numéro des urgences sociales : 115, pour obtenir un hébergement d'urgence...

En outre, une vigilance doit se renforcer sur la situation de certains mineurs qui sont victimes de traite des êtres humains dans leur pays d'origine. Ils sont envoyés en France afin d'être exploités par les relais dans les communautés sur place. Il arrive également parfois que l'absence de connaissance de personnes fiables en France, et leur vulnérabilité du fait de leur minorité, les entraînent dans un processus d'exploitation par des adultes.

2- Le parcours migratoire des migrants

Les parcours migratoires diffèrent selon les nationalités. Le parcours des MIE ne diffèrent pas de celui des adultes.

Les personnes originaires de la corne de l'Afrique (Érythrée, Éthiopie) et du Soudan transitent quasiment systématiquement par la Libye, puis l'Italie et enfin la France.

Les Égyptiens prennent très souvent le bateau à Alexandrie à destination de la Grèce ou l'Italie.

Les personnes originaires du Proche et du Moyen-Orient (Syrie, Irak, Iran), ainsi que d'Afghanistan et du Pakistan, transitent quant à elles généralement par la Turquie, puis rejoignent l'Union européenne par la Grèce puis l'Italie ou la Bulgarie pour rejoindre ensuite l'ouest de l'Europe.

Pour la population albanaise, les Balkans, l'Allemagne et la Belgique constituent la route migratoire la plus courante pour rejoindre la France.

Les exilés originaires du Vietnam transitent par la Russie qu'ils gagnent en avion dans la plupart des cas puis par la Pologne et l'Allemagne qu'ils traversent par la terre.

Ces parcours migratoires sont souvent longs, épuisants et ponctués d'obstacles. Les migrants, adultes ou mineurs, ont parfois passé des mois dans des camps de transit, en Grèce ou dans les Balkans. Ils ont pu travailler de manière illégale dans les pays traversés pour gagner de l'argent et continuer le voyage. C'est le cas des Vietnamiens qui travaillent parfois en Allemagne ou en Pologne avant de gagner la France. Il est constatés chez migrants arrivant dans le nord de la France, que ceux-ci ont souvent déjà été victimes d'exploitation pendant le parcours, en particulier s'ils ont transité par la Libye ou encore l'Italie.

Les mois passés sur la route affaiblissent l'état physique et psychologique des migrants qui seront alors plus vulnérables à l'emprise et à l'exploitation. La banalisation de ces formes de violence, perçues comme un risque à prendre sur la

route, participe aussi à l'acceptation de toute forme d'exploitation, notamment dans la région de Calais. Le passage des migrants en Libye est notamment une étape particulièrement dangereuse et source de multiples formes d'exploitation et violence. Selon des témoignages recueillis auprès de migrants, trois types d'acteurs semblent se livrer à de telles pratiques : les passeurs, la police libyenne ainsi que des groupes armés.

A ces violences subies peuvent se surajouter des traumatismes affectifs : les migrants adultes ou enfants peuvent subir des séparations forcées ou accidentelles, notamment par noyade lors de la traversée de la Méditerranée.

3- Les modalités d'arrivée en France

3a- Arrivée par la frontière:

Le franchissement des frontières matérialisées est sous le contrôle de la douane ou de la Police aux Frontières. Tout ressortissant, même mineur, doit présenter les documents administratifs légaux autorisant l'entrée en territoire français : passeport valide et visa de courte durée (de 3 mois, dit encore visa « shengen ») ou visa de longue durée.

C'est aux niveau de ces frontières (aéroports de Roissy, Orly et Marseille, ports de Marseille et de Sète) que sont interceptés les mineurs, s'ils ne possèdent pas ou plus les documents requis pour leur entrée en France : documents invalides ou frauduleux ou si ceux-ci ont été conservés par l'adulte qui jouait le rôle de passeur et qui a abandonné le mineur à l'arrivée. Ces mineurs se retrouvent alors en situation d'immigration irrégulière, et sont retenus par la Police aux Frontières et placés en « zone d'attente ». Ces zones sont situées dans un aéroport, dans un port ou à proximité du lieu de débarquement, ou dans une gare ferroviaire ouverte au trafic international.

Les mineurs (comme les adultes) demandeurs d'asile ne sont pas tenus de présenter les documents exigés par la réglementation pour entrer en territoire français. Ils seront néanmoins maintenus en « zone d'attente » pendant le temps nécessaire pour déterminer si leur demande n'est pas manifestement infondée.

Dans ces 2 cas de figures, retenus en zone d'attente, les mineurs isolés se trouvent dans une situation de privation de liberté et de « non protection » de la part de l'Etat Français et les mesures de Protection vis à vis d'un enfant, isolé donc en danger, ne peuvent être effectuées que si le jeune ou l'enfant obtient son admission dans le territoire. Ddu fait de son incapacité juridique en tant que mineur, il ne peut être entendu que s'il est placé sous une autorité d'adulte désigné à cet effet (administrateur ad hoc). Les décisions sur son sort peuvent être catastrophiques s'il est renvoyé dans son pays d'origine, ou pire encore, vers le dernier pays de transit, sans que personne ne s'inquiète de savoir ce qui l'attend : Quelqu'un est-il en mesure de l'accueillir à son arrivée ? Risque-t-il de se retrouver en situation d'errance, de subir des maltraitances ? Est-il venu par une filière d'immigration clandestine ? Par un réseau d'exploitation (travail forcé en remboursement d'une dette contractée auprès de passeurs, prostitution...) ? Certaines associations s'en revoltent, en disant que les autorités françaises s'en lavent les mains, préférant voir dans ces jeunes des étrangers sans visa plutôt que des mineurs en danger.

Le maintien en zone d'attente est prononcé pour une durée initiale qui ne peut excéder quatre jours par une décision écrite et motivée d'un officier de police aux frontières.

Dès lors que son âge est prouvé ou justifié, le mineur ne peut être reconduit aux frontières. Son maintien en zone d'attente, règlementairement prévu pour 4 jours, peut être prolongé à 20 jours maximum en cas de demande d'asile tardive. Les prolongations sont autorisées par ordonnances du Juge des libertés et de la détention.

L'accès au territoire, avant le terme des quatre premiers jours, est possible sur décision administrative dans certains cas: erreur de la police, raisons médicales, situation de danger...

Les mineurs de moins de 13 ans sont hébergés à l'hôtel situé dans l'aéroport avec une nurse mandatée. En revanche, les mineurs de plus de 13 ans restent avec les adultes dans la zone d'attente.

3b- Entrée par la voie terrestre

Les associations estiment que 50% des arrivées se fait par cette voie.

Quand ils arrivent par la voie terrestre, les mineurs isolés étrangers sont repérés de différentes manières :

- quand ils s'adressent directement aux services compétents des Conseils généraux (ASE), des juridictions et des associations, connaissant même parfois le nom des responsables (ce qui peut traduire la présence de réseaux, connaissant bien le circuit à utiliser)

- quand ils sont identifiés par les associations qui vont à leur rencontre lors de maraudes, ou qui sont averties par des tiers

- quand ils sont arrêtés par les forces de l'ordre (Police, Brigades des mineurs) lors de leur errance sur la voie publique

- quand ils sont orientés pour un problème médical aigu dans un service d'accueil aux urgences, ou par les pompiers

Dans ces situations, ces mineurs isolés ne sont pas en situation irrégulière car ils sont déjà entrés en territoire français et aux yeux de la loi, ils ne sont pas tenus de disposer d'un titre de séjour. Ils doivent alors recevoir la protection des services sociaux, étant considérés comme des enfants en danger, puisqu'isolés, sans distinction avec les accueils dit « classiques » de l'ASE.

D'autres MIE peuvent avoir franchi la frontière en toute légalité puis avoir été « abandonnés » par le tiers accompagnant. Cette personne disparaîtrait alors à l'arrivée à l'aéroport, emportant parfois leurs documents d'identité. Ils se retrouvent donc dans l'incapacité de présenter des documents d'identité ou d'autorisation de séjour alors qu'ils pouvaient les posséder au départ. Dans d'autres cas, leur voyage par voie terrestre peut avoir été organisé par un tiers, qui leur aurait fourni les documents frauduleux ou usurpés. Ces pratiques révèlent une forme de trafic de migrants par des passeurs qui touche également les mineurs.

Le rôle des « passeurs » aliène parfois le projet de vie des mineurs à court ou moyen terme : il s'agit de rembourser le passeur en travaillant clandestinement dans des restaurants, ateliers de confection ou autres commerces dans lesquels le mineur est attendu. Souvent il cherche à rejoindre l'Angleterre ou une autre destination, comptant sur des compatriotes pour l'aider à trouver un travail. Quelquefois, par peur de représailles directes ou indirectes (sur les proches), le mineur se conforme aux exigences du passeur, et se place en situation d'exploitation, voire de traite des êtres humains.

CADRE JURIDIQUE DES MESURES DE PROTECTION POUR LE MIE

Un mineur isolé étranger (MIE) est un jeune de moins de 18 ans qui n'a pas la nationalité française et se trouve séparé de ses représentants légaux sur le sol français. De sa minorité découle une incapacité juridique, et de l'absence de représentant légal une situation d'isolement (donc de danger) et un besoin de protection. Il n'existe pas de statut juridique propre aux MIE. Ces derniers se trouvent donc à un croisement, relevant à la fois du droit des étrangers et, au titre de l'enfance en danger, du droit commun français de protection de l'enfance, qui ne pose aucune condition de nationalité. Cette dualité imprègne l'ensemble des enjeux liés à la problématique des MIE.

1-Protection juridique

Afin de protéger les MIE, et de leur permettre d'exercer leurs droits, la désignation d'un adulte chargé de les représenter est impérative. Mais contrairement à d'autres pays européens, la France ne dispose pas d'un système de représentation légale dédié aux MIE. Les institutions ont donc recours au cadre légal général.

a- Placement provisoire à l'ASE

Lors de l'admission d'un MIE à l'Aide sociale à l'enfance (ASE), si aucune mesure de tutelle n'est par ailleurs prononcée, la garde du mineur est confiée à l'ASE du département d'accueil (Conseil Général). Cela signifie que cette dernière est chargée de veiller sur le jeune et de mettre en place la mesure de protection administrative pour les actes de la vie quotidienne (dits actes usuels), sans être pour autant son représentant légal. Ces actes usuels sont par exemple l'inscription dans un établissement scolaire public et autres activités pour le bien du mineur, soins médicaux courants, etc... Pour devenir son représentant légal, l'ASE doit entamer des démarches (souvent longues) auprès du juge compétent, comme une demande de tutelle ou de délégation de l'autorité parentale.

b- La désignation d'une tutelle

La tutelle consiste à représenter un MIE de manière continue dans les actes de la vie civile. Le tuteur intervient dans tous les actes dits « non usuels » où le mineur ne peut exercer seul un droit: actes administratifs (demande de sécurité sociale, de titre de séjour, faire appel d'une décision de justice...), actes médicaux lourds, actes de la vie scolaire (assurances, autorisations de sortie du territoire...). C'est le juge des tutelles qui désigne le tuteur.

Le plus souvent, la tutelle est confiée à l'ASE, à travers la personne du président du Conseil général. Dans certaines juridictions, les délais de désignation peuvent être très longs (jusqu'à un an). De ce fait, il arrive que des jeunes deviennent majeurs avant même de se voir attribuer un tuteur.

Pour pallier à cette carence, le juge des enfants peut autoriser l'ASE à accomplir certains actes non usuels relevant normalement de la tutelle, à condition qu'ils s'inscrivent dans

l'intérêt supérieur de l'enfant (intervention médicale, ouverture d'un compte bancaire...).

Depuis 2009, le juge aux affaires familiales est également compétent pour prononcer une mesure de tutelle.

c- la représentation juridique ponctuelle du mineur par un administrateur ad hoc

L'administrateur ad hoc intervient auprès du mineur dans 2 circonstances :

- procédure de demande d'asile

Les mineurs n'ayant pas de tuteur et souhaitant déposer une demande d'asile doivent se voir désigner un administrateur ad hoc. Celui-ci est alors chargé de représenter le mineur uniquement dans les procédures administratives et juridictionnelles liées à la demande d'asile. Sa mission prend fin quand une mesure de tutelle est prononcée ou à l'issue de la procédure d'asile.

- Rétention en zone d'attente

À la frontière, les services de la protection de l'enfance ne pouvant intervenir, il est fait appel à un administrateur ad hoc pour la représentation légale du mineur en zone d'attente et les démarches administratives et juridiques, pour débloquer sa rétention.

L'administrateur ad hoc doit permettre soit la proposition d'une mesure de protection au titre de l'assistance éducative soit la procédure dite de « refoulement » ou de « rapatriement », cette dernière notion impliquant à minima une préparation et une organisation du retour.

La mission de l'administrateur ad hoc prend fin lorsque le jeune est sorti de la zone d'attente, que ce soit pour le refoulement ou pour l'admission en territoire français.

Dans le cadre de la demande d'asile comme de la zone d'attente, le mandat de l'administrateur ad hoc reste limité. Il est le représentant provisoire du mineur sans pour autant bénéficier d'autres prérogatives.

Il est désigné par le Parquet, à partir d'une liste officielle.

Au-delà de cet accompagnement procédural, il est clair que l'administrateur ad hoc doit assister et « porter la parole » de l'enfant face à ses multiples interlocuteurs. Par son accompagnement physique et humain, il peut apporter une réelle ressource à ce jeune en terre inconnue, souvent perdu au milieu de règles très complexes. Certains

Le principe qui commande toute son action est celui d'« intérêt supérieur de l'enfant », et les outils dont il dispose relèvent du dispositif de protection de l'enfance en danger (articulation de la législation française et des textes internationaux).

En pratique, l'administrateur ad hoc a souvent à résoudre les contradictions qui existent entre protection de l'enfance et droit des étrangers, entre protection de l'enfance et maîtrise des flux migratoires, que son intervention concerne les mineurs isolés

étrangers présents en zone d'attente, ou ceux présents sur le territoire national (demandeurs d'asile ou autres).

2-Mesures de protection sociale de l'enfance

Privés de la protection de leur famille, les mineurs isolés relèvent de la protection de l'enfance, qui est placée sous la responsabilité des conseils généraux des départements. Cette protection ouvre aux enfants étrangers, comme aux nationaux, un droit à l'hébergement, à la santé et à l'éducation et la formation professionnelle, conformément aux droits internationaux des mineurs définis par la convention internationale des droits de l'enfant.

Tout mineur étranger a donc droit à cette protection dès son arrivée sur le territoire. Celle-ci est sensée être mise en place dès le signalement du jeune aux services sociaux (ASE) du département d'arrivée. Le délai du signalement est considéré comme une urgence compte tenu du contexte de vulnérabilité et de précarité où se trouvent souvent ces mineurs. De là seront enclenchés des mesures urgentes pour assurer leurs besoins primordiaux (soins, repas, toit).

Il existe deux processus juridiques d'entrée pour la prise en charge par les services de l'ASE: le processus d'évaluation, relatif aux dispositions de la circulaire du 31 mai 2013, et le placement direct par le juge des enfants.

- Dans le premier cas, **la phase de mise à l'abri, d'évaluation de l'âge et de l'isolement et d'orientation** du jeune s'effectue dans le département où celui-ci a été repéré ou s'est présenté pour solliciter une protection, à la suite d'un premier entretien. L'État finance cette étape dans la limite de cinq jours, qui correspondent à l'accueil provisoire d'urgence prévu par la circulaire (250 euros /jour /MIE).

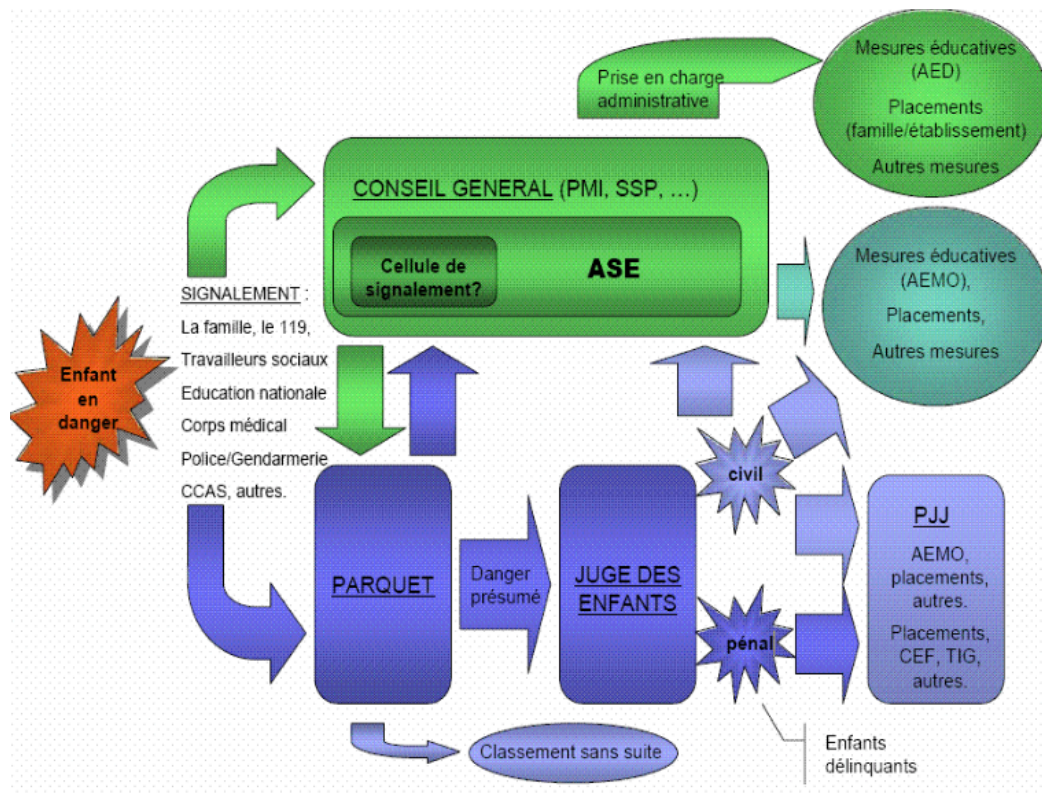
Dans le cas où la minorité et l'isolement du jeune sont établis dans le délai de cinq jours, le Procureur de la République est saisi et s'adresse à la cellule nationale MIE au sein de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ) du ministère de la Justice, qui est chargée d'actualiser la grille de placement de répartition nationale des MIE. Cette orientation s'effectue d'après une clé de répartition correspondant à la part de population de moins de 19 ans dans chaque département. Cette cellule propose au Procureur de la République le département concerné par le placement définitif du MIE, confié par une ordonnance de placement provisoire (OPP). À la suite de cette OPP, la prise en charge du mineur relève de l'ASE du département de son lieu de placement.

En pratique, ce délai de cinq jours consacré à l'évaluation de la minorité et de l'isolement est « trop court », ce qui est dénoncé par la Défenseure des enfants, adjointe du Défenseur des droits, pour pouvoir évaluer et orienter les MIE de manière appropriée.

Dans le cas où la minorité et l'isolement du jeune n'ont pas été reconnus dans le délai de cinq jours, le Procureur de la République prononce une OPP pour permettre de placer le jeune à l'ASE et protéger le jeune durant la phase d'évaluation supplémentaire. Il doit

aussi informer le juge des enfants dans un délai de huit jours. Dans le cas où la minorité est finalement établie, la décision du placement définitif du mineur, et par conséquent le choix du département, appartient au parquet ou au juge des enfants.

- **Décision de placement par le juge des enfants :** Dans le cas où la minorité du jeune n'est pas reconnue, celui-ci peut saisir directement le juge des enfants dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative. Son placement ne suit pas la clé de répartition du dispositif d'évaluation. En cas de réponse négative dans le cas où le jeune est considéré comme majeur, ou non isolé ou non en danger, le jeune peut faire un recours.



Les MIE, ainsi placés sous la protection des services de l'ASE à travers le processus d'évaluation et d'orientation ou directement par une décision du juge des enfants, disposent de l'accès à un hébergement, à une assistance juridique, aux soins de santé, à l'éducation et à la formation professionnelle.

LES MESURES DE PROTECTION, D'ORIENTATION, ET D'ACCOMPAGNEMENT

En pratique, voici un déroulé approximatif des différentes étapes complexes et incertaines que doit franchir le jeune, en attente d'aide et de protection :

1- Le processus d'évaluation

1a- 1ere étape : la demande de protection et mise à l'abri

- **Repérage du jeune primo-arrivant par l'ASE**

L'ASE est la structure départementale compétente pour repérer les mineurs en danger, et les signaler au Procureur de la République pour une demande de leur protection. Les services sociaux de l'ASE ne pouvant repérer tous ces mineurs, il a été mis en place un dispositif départemental de signalement d'un mineur isolé, qui peut être effectué par toute tiers aidant, ou associations ou maraudes: il s'agit des cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP), au sein de chaque département, permettant de signaler au conseil Général les jeunes en danger. Ces signalements peuvent être faits par téléphone, fax, ou par le numero vert 119.

- **Mise à l'abri du MIE**

Une mise à l'abri est organisée en urgence par le Conseil général, via l'ASE, du département où se présente le jeune. Elle est assurée pendant 5 jours, et est financée par l'Etat.

Elle peut également être confiée par le Conseil général à des associations.

Selon les situations, les MIE peuvent se rendre directement à l'ASE ou aux structures spécifiquement dédiées à l'évaluation des primo-arrivants (voir le panorama des dispositifs et annuaires des structures sur le site infoMIE).

Par exemple : dans le 93, la Croix Rouge s'est vue confiée le primo-accueil et hébergement provisoire des MIE pendant cette durée d'évaluation : c'est le centre PEMIE se consacre à cette mission. A Paris, c'est le SEMNA, section spécifique de l'ASE qui organise, entre autre, les mises à l'abri.

Il est possible qu'un tiers aidant prévienne le service par téléphone ou courrier, de la venue d'un MIE. Dans ce cas, il est recommandé que ce tiers accompagne le jeune lors de cette venue, pour le mettre en confiance et s'assurer qu'il sera reçu, pour éviter notamment les « refus de guichet ». Le jeune peut avoir recours à un interprète si besoin.

1b- 2^e étape : L'évaluation de la minorité et de l'isolement

Cette mission est confiée au département (ASE) où le jeune est trouvé. Elle vise à déterminer si le jeune relève du dispositif de protection en tant que mineur, isolé, et en situation de danger. Cette étape, nous l'avons vu, doit théoriquement se dérouler durant les 5 jours de mise à l'abri, dédommagé par l'Etat.

L'évaluation comporte un entretien détaillé, guidé par une trame d'évaluation validée.

Cet entretien permet de recueillir le récit du jeune sur son parcours migratoire et d'obtenir le maximum d'informations sur sa situation familiale et sociale dans son pays d'origine et les conditions qui l'ont poussé à venir en France.

Ses enjeux sont donc importants pour les suites de la prise en charge du jeune, et son déroulement n'en reste pas moins pas délicat et difficile : outre la barrière de la langue, l'entretien peut être éprouvant pour le jeune du fait de reviviscences de souvenirs douloureux ou honteux, des épreuves subies dans son pays d'origine ou pendant son parcours. En cas de psychotraumatisme, notamment chez l'enfant, une amnésie sélective peut masquer des données importantes, ou la chronologie des faits peut être désorganisée du fait de la perte de ses repères dans le temps. Pour les jeunes non francophones, l'aide d'un interprète est essentielle.

Son objectif principal est de déterminer la minorité du jeune, à partir du recueil des éléments de l'entretien, des documents d'état civil si le jeune en possède, de son aspect physique et tout autre indice éventuel.

Les procédures d'évaluation peuvent être réalisés dans certains centres spécifiques selon les départements. Pour exemple, à Paris, le DEMIE (dispositif d'évaluation des MIE) géré par la Croix Rouge a remplacé depuis début 2016 la PAOMIE qui était gérée par France Terre D'asile. Dans le 93, le centre désigné est le PEMIE (pôle d'évaluation des MIE), et dans le 94, le PAOMIE (Pôle d'évaluation et d'orientation des MIE), tandis qu'à Lyon, il s'agit du MEOMIE (mission d'évaluation et d'orientation des MIE).

Pendant cette phase d'évaluation, le mineur doit être « mis à l'abri ». Cependant, il arrive que les investigations demandent plus de temps, que les 5 jours « théoriques ». Au terme du délai de 8 jours, soit la minorité est établie soit la situation n'est toujours pas clarifiée. Dans les deux cas, le Procureur saisit le juge des enfants pour demander une mesure d'assistance éducative, requiert après du président du conseil général du lieu où a été trouvé l'enfant, que soit maintenu la mesure de mise à l'abri. Si, en revanche, l'évaluation conclut à sa majorité, il est remis à la rue.

1c- la détermination médico-légale de l'âge

Cette démarche fait partie de la procédure d'évaluation si la minorité du jeune est contestée par l'évaluateur d'après l'entretien ou l'aspect physique ou encore suite à l'expertise des documents d'état civil (bureau des fraudes documentaires). Cette contestation est fréquente, d'autant plus que la majorité des MIE ont 16 ans ou plus. La condition de mineur et de personne isolée doit être établie pour que le jeune puisse bénéficier des aides de l'ASE. Pour cela une expertise médicale dans un institut médico-légale est demandée, avec le consentement de l'intéressé.

Même si théoriquement, elle n'est jamais obligatoire et que le MIE peut refuser de s'y soumettre, en pratique il est très périlleux de refuser de s'y soumettre, car cela peut alors donner lieu à des soupçons, et le tribunal ou le parquet pourra estimer que le jeune est majeur.

Cette expertise médico-légale de détermination de l'âge comprend un ensemble de test cliniques et para-cliniques:

- un entretien psychologique avec un médecin : l'entretien a pour but d'évaluer la maturité, le mode de vie, le niveau scolaire de l'adolescent il doit être fait appel à un interprète en cas de besoin.
- un examen dentaire

- la prise des mensurations
- un examen de l'âge osseux : par une radiographie de la main et du poignet, en pratique

Ces radiographies sont ensuite comparées à l'atlas de référence de Greulich et Pyle établie en 1935 (à partir d'une population blanche née aux États-Unis d'origine européenne et de milieu familial relativement aisé).

Depuis la loi du 14 mars 2016, l'article 388 du code civil interdit l'examen du développement pubertaire des caractères sexuels primaires et secondaires du jeune.

Une marge d'erreur conséquente de plus ou moins 18 mois est admise. Le caractère approximatif de ces examens d'âge osseux impose qu'une tranche d'âge soit établie et non un âge précis. Au vu de cette tranche d'âge c'est l'estimation basse qu'il faudra retenir car « *le doute doit bénéficier au jeune* ».

Les expertises médicales sont des outils approximatifs qui se fondent sur des tables de référence anciennes et non adaptées qui ne prennent pas en compte l'histoire ethnique et culturelle du mineur. La méthode de l'expertise osseuse pour déterminer l'âge l'âge des mineurs isolés étrangers est très contestée, voire pour certains considérée comme inutilisable à cette fin, y compris pour le HCSP et l'Académie de Médecine.

1d- 3e étape : saisie du Procureur de la République en vue d'une OPP

Si les critères recueillis permettent de confirmer la situation de mineur isolé, et donc en danger, les structures d'évaluation saisissent le Procureur de la République. Celui-ci s'appuie alors sur le dispositif d'orientation nationale, et ses clés de répartition nationale entre les départements, pour désigner le département où sera placé le jeune et prononce une OPP (Ordonnance de Placement Provisoire). Il informe également le juge des enfants de ses décisions, dans un délai de 8 jours. Le juge des enfants confirme ou refuse la décision administrative d'urgence prise par le Procureur, s'il juge que celle-ci aura des conséquences défavorables pour la sécurité de l'enfant.

Cette OPP est une mesure temporaire d'urgence en attendant le placement définitif décidé par le juge des enfants, qui désigne alors l'organisme chargé de la garde du mineur (organisme gardien) et auprès de qui sera placé le mineur.

1e- 4e étape : le placement à l'ASE

Le placement du jeune auprès d'un organisme « gardien », tel que l'ASE doit se faire avec un souci de rapidité afin que sa protection et le suivi éducatif se mettent en place au plus vite. La décision du placement du mineur, et par conséquent le choix du département, appartient au parquet ou au Juge des enfants auquel le parquet (ou Procureur de la République) aura adressé des réquisitions proposant un département.

Un éducateur référent est alors désigné au sein de l'ASE. Il devient la principale personne ressource du jeune. Son rôle est de l'assister dans ses démarches éducatives et d'insertion, et de l'aider à s'orienter. L'objectif est de le préparer à une autonomie matérielle quand sa prise en charge prendra fin, tout en veillant à sa situation sociale, administrative (démarche de reconnaissance de son état civil), et à sa santé physique et psychique. A Paris, un service spécialement dédié à ces missions a été créé au sein de

l'ASE : il s'agit du SEMNA, et chaque éducateur prend en charge en moyenne une centaine de MIE, ce qui limite leur possibilité d'accompagnement individuel.

L'ASE est chargée d'assurer les accès aux besoins primordiaux du MIE : nourriture (subventions des cantines scolaires), santé (CMU), vêtue et logement (orientation vers des structures d'hébergement).

Elle a donc la charge de tous les « actes usuels » à l'égard des jeunes dont elle a la garde. Les actes usuels se limitent aux « *actes de la vie quotidienne n'engageant pas l'avenir des enfants, et ne comportant aucun risque grave pour la vie de l'enfant* ». Exemples : inscription dans les établissements scolaires, intervention médicales bénignes, justificatifs d'absence, etc...

Par contre ils doivent passer par le juge des enfants pour prendre des décisions qui relèvent de l'autorité parentale, c'est à dire pour les « actes non usuels ».

Les actes non usuels sont ceux qui nécessitent une décision relevant habituellement de l'autorité parentale. Exemples : décision pour l'orientation scolaire, ouverture d'un compte bancaire, intervention médicale lourde, publication de photo de l'enfant, etc...

Il est donc préférable autant que possible, que l'ASE, une fois gardienne de l'enfant, fasse une demande de tutelle ou de délégation d'autorité parentale, auprès du juge compétent, si la prise en charge de l'enfant est amenée à s'inscrire dans la durée. Cela lui permettra d'avoir plus de latitude pour les décisions et l'orientation du jeune, ou pour d'autres actes importants pour le devenir du jeune, sans avoir besoin de recourir à des demandes d'autorisation du juge, démarches lourdes et chronophages.

2- Les mesures d'hébergement

Un tableau récapitulatif, publié par le site InfoMIE (Centre de ressources sur les mineurs isolés étrangers), présente les structures d'hébergement et d'accueil spécifiques aux MIE. Ces centres d'accueil apportent également aux jeunes un accompagnement socio-éducatif, ainsi qu'un accès à une aide juridique, et à un suivi médical si besoin. Cette répartition des mineurs isolés dans ces structures est une pratique courante dans la plupart des départements français. Les modalités d'hébergement diffèrent selon le stade de prise en charge du MIE.

2a- Pendant la phase de mise à l'abri et d'évaluation et d'orientation

A ce stade, deux profils se distinguent : les mineurs, étant passés par la zone d'attente, qui ont avancé dans le processus de confiance grâce aux différents professionnels les accompagnants. Mais il y a aussi, les MIE à la rue rencontrés lors des maraudes qui sont en situation extrêmement précaire. Ces derniers souffrent particulièrement de leurs traumatismes précédents mais aussi de leurs conditions de vie ou survie actuelles. Cette première étape leur permet de « se poser », se laver, se nourrir, et dormir en sécurité, avant d'envisager un projet et d'entamer une relation de confiance avec les professionnels les entourant.

Les structures d'hébergement au cours de la phase de mise à l'abri/évaluation des MIE sont différentes d'un département à l'autre. Dans l'attente de la mise en place d'un nouveau dispositif suite à appel à projets, le service de l'ASE parisien oriente par

exemple actuellement les jeunes selon leur âge et leur « vulnérabilité » soit vers un hôtel social, couplé à un accueil de jour, soit vers un établissement de l'ASE

- Exemples de structures pour le Recueil provisoire d'urgence et mise à l'abri (d'après l'annuaire d'infoMIE)- liste non exhaustive

A Paris : Mise à l'abri gérée par le SEMNA (Secteur Educatif auprès des Mineurs Non Accompagnés de l'ASE)

- dispositif Stendhal-France Terre d'Asile (74 places)

- dispositif MJR (Maison du Jeune Réfugié)

- système hôtelier (hôtel social) + accueil de jour France Terre d'Asile (50 places)

Dans le 93 : Mise à l'abri par le PEMIE

Système hôtelier 45 places

Dans le 94 : Mise à l'abri par le PEOMIE

Système hôtelier

2b- l'accueil pérenne

Dans le cadre de l'accueil pérenne, les MIE peuvent être hébergés dans des structures d'accueil de l'ASE, c'est-à-dire des foyers départementaux, des maisons d'enfants à caractère social (MECS), des structures associatives ou des familles d'accueil.

Les MIE plus âgés (entre 16 et 18 ans) peuvent être logés dans des foyers pour jeunes travailleurs ou des appartements partagés, par exemple dans le cadre du Service d'accueil pour mineurs isolés étrangers (SAMIE) à Caen. Ces deux modes d'hébergement répondent à un objectif d'apprentissage de l'autonomisation.

Les professionnels des services d'accueil (éducateurs spécialisés et assistants des services sociaux) disposent d'une formation sur le droit des étrangers, et dans certains départements de modules de formation spécifiques au cas des MIE. Ces formations ne sont pas obligatoires mais la majorité des jeunes éducateurs les suivent car ils éprouvent un grand intérêt à accueillir et travailler avec des MIE. Ce sont les interlocuteurs de première ligne pour les professionnels des autres secteurs, impliqués dans le suivi et l'intégration des MIE (santé, scolarité, insertion professionnelle, justice, administrations etc...)

Dans le cadre de l'évaluation des possibilités d'hébergement des MIE, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) déplore le fait que de nombreux MIE soient logés dans des hôtels ce qui gêne leur accès à un accompagnement éducatif et social, ainsi qu'à un suivi médical.

- Exemples de structures d'accueil pérenne avec hébergement (d'après l'annuaire d'infoMIE)- liste non exhaustive

A Paris :

- Foyer AMIE (Accueil Mineurs Isolés Étrangers) - France Terre d'Asile, à Paris 10e Hébergement et projet de vie (25 places)

- Archipel (Unité d'hébergement diversifié) - Groupe SOS - Insertion et Alternatives, à Paris 19e

Accompagnement socio-éducatif global (18 jeunes)

- L'Agenda est un établissement proposant un accueil temporaire à destination de 36 jeunes Mineurs Non Accompagnés de 15 à 17 ans. Ce dispositif innovant accueille des jeunes dits « primo- arrivants » en attente d'une décision du Juge des Enfants d'accueil pérenne à l'Aide Sociale à l'Enfance (à Paris ou dans un autre département) ou d'une réévaluation de leur minorité et/ou de leur isolement. Les durées de prise en charge variant de quelques semaines à quelques mois. Les jeunes sont hébergés en appartement partagé de quatre chambres individuelles et se rendent en journée au Centre de Jour pour bénéficier de cours de Français Langue Etrangère, d'ateliers à visée éducative et citoyenne, d'activités culturelles et sportives.

Dans le 93

- Plateforme Enfants du Monde (PEM) Croix Rouge Française, à Bobigny

Prise en charge de premier accueil (2 mois maximum), suivi socio éducatif et orientation Service d'accès aux soins, Accompagnement psychologique et administratif
40 places

- Association En temps, à Montreuil

Service d'accueil à destination des primo-arrivants et service de suite à destination des jeunes majeurs. Accompagnement global : éducatif, pédagogique, professionnel, administratif et sanitaire et hébergement externalisé
60 places

- Service Accueil Mineurs Isolés (SAM) APEC CONCORDE, à Montfermeil

Accueil, accompagnement et hébergement
6 places

- Pôle éducatif Mineurs isolés étrangers ALJ 93, à Aubervilliers

8 places au sein du FJT

- Pavillon de Montreuil ALJ 93, à Montreuil

10 places

Dans le 94

- CAOMIDA (Centre d'Accueil et d'Orientation des Mineurs Isolés Demandeurs d'Asile) France Terre d'Asile, à Boissy St Léger

Accompagnement juridique, suivi social et éducatif, appui psychologique , 40 places

- AMIE Estrella- France Terre d'Asile, à Créteil

MIE admis à l'aide sociale à l'enfance de Paris (garçons à partir de 16 ans et prise en charge de 2 ans)

Evaluation et formation pré-qualifiante Formation professionnelle en province 20 places

- CEM (Centre Enfants du Monde)- Croix Rouge Française, à Kremlin-Bicêtre

Soins médicaux, suivi psychologique, hébergement suivi socio-éducatif et aide à l'insertion , 19 places

Dans le 95

- LAO de Taverny (Lieu d'accueil et d'orientation pour mineurs isolés étrangers)-Croix Rouge Française, à Taverny

1^{er} temps : Hébergement, évaluation et orientation

2eme temps : Scolarité – Suivi médico- psychologique- Insertion. 30 places

- exemples de structures d'accueil de jour

En parallèle aux structures d'hébergement, des dispositifs d'accueil de jour ont été développés.

Le centre d'accueil AMIE Estrella, situé dans le 94, qui n'est pas spécifique à l'accueil des MIE mais tout de même adapté à ce public, propose un accompagnement interne à travers des formations de remise à niveau, qui permettent de préciser le projet d'insertion sociale par le biais de l'apprentissage et de l'alternance.

Le Service d'accueil de jour pour les MIE (SAJ-MIE), géré par la Croix Rouge française et financé par le département de Paris, est spécialisé dans l'accueil des MIE âgés entre 15 et 18 ans. Ce service est ouvert chaque jour entre 9h30 et 20h et propose un suivi administratif et socio-éducatif personnalisé, à travers un accompagnement éducatif, juridique et administratif, un suivi médical et psychologique, des activités linguistiques et socioculturelles et d'apprentissage de l'autonomie.

D'autres activités d'accueil de jour mises en place par des associations concernent l'alphabétisation, des formations de remise à niveau ou des premiers stages en entreprise et représentent différentes strates de pré-qualification. Par exemple, l'association Hors la Rue propose un accueil de jour pour mineurs étrangers errants dans le 77. La Fondation d'Auteuil dans le 91 peut également intervenir pour favoriser la formation professionnelle des MIE.

3- Accès à l'alimentation

L'ASE est également chargée de subvenir aux besoins d'alimentation de ces jeunes, le plus souvent par des tickets restaurant. Elle subventionne notamment la cantine des jeunes MIE scolarisés.

Une aide matérielle peut également être fournie en nature, pour les vêtements, les fournitures scolaires et autres.

Une aide financière est également essentielle pour ces jeunes. Elle est remise de façon hebdomadaire ou mensuelle, et le montant est fixé par chaque département. Par exemple, en 2013, le département du Nord octroyait à ces jeunes une aide de 334 euros/mois, pour l'alimentation, le transport, la vêtue et l'hygiène.

4- L'accès aux soins

L'accès aux soins médicaux des MIE dépend également de leur prise en charge ou non par les services de l'ASE. Dès la phase de mise à l'abri, le jeune bénéficie de la CMU. Par la suite, les jeunes pris en charge par l'ASE disposent de l'accès aux soins de santé de droit commun. Une orientation vers un bilan de santé tend à être systématiquement

effectué suite à l'admission aux services de l'ASE. A ce jour ces jeunes ne bénéficient pas de la CMU complémentaire.

En ce qui concerne les MIE qui ne disposent pas de la protection de l'ASE, ceux-ci peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'État (AME), en tant que ressortissants étrangers en situation irrégulière. Ce droit à l'AME leur est ouvert au même titre que pour les personnes majeures en situation irrégulière. Il n'est soumis à aucune condition : ni condition de résidence de plus de 3 mois, ni autorisation parentale, ni autorisation de séjour. Cependant, le taux de remboursement ne permet pas un accès réel aux soins dentaires, prothèses auditives ou lunettes. Par ailleurs, comme il n'y a pas délivrance d'une carte vitale, cela peut conduire au refus de certains médecins libéraux de prendre en charge ces patients.

En l'absence de couverture maladie ou avant l'obtention de l'ouverture de leurs droits, les mineurs peuvent se rendre dans les PASS (permanences d'accès aux soins). Ces structures existent dans la majorité des grandes villes. Les jeunes y ont un accès gratuit aux soins; les professionnels médicaux ou médico-sociaux qui les reçoivent ont également pour mission de faire le lien avec les dispositifs publics ou associatifs d'aide sociale. La liste des PASS est consultable dans le guide du COMEDE.

En cas besoin de soins urgents et vitaux pour les personnes qui ne bénéficient pas de l'AME, le Fonds pour soins urgents et vitaux (FSUV) peut être mobilisé pour les financer en urgence par un hôpital public. La circulaire du 16 mars 2005 prévoit explicitement sa mobilisation pour le cas des mineurs. Il doit être débloqué à la demande des professionnels de santé de l'hôpital auprès de la CPAM. Dans le cas où un jeune présenterait une indication de soins urgents, il importe donc d'avertir les professionnels de santé de sa situation, afin qu'il se mettent en lien avec les services sociaux de l'hôpital et effectuent la démarche.

L'accès aux soins concerne particulièrement les jeunes isolés étrangers qui, ayant pu vivre des traumatismes physiques et psychiques, ont généralement besoin d'un suivi médical spécialisé. Il revient alors aux services sociaux de donner les moyens au jeune de bénéficier de ce suivi, et d'accompagner les jeunes pour leur ouverture de leurs droits CMU. Il est également nécessaire qu'ils organisent avec les services médicaux compétents, un bilan de primo-arrivants, dans un objectif de prévention et surveillance médicale si besoin.

La Ville de Paris s'oriente vers une systématisation des bilans de santé pour ces jeunes à l'Espace santé jeunes unité Guy Moquet de l'Hôtel Dieu et dans les Centres médico-sociaux de la ville de Paris, auprès de médecins spécifiquement formés aux problèmes sanitaires des pays dont provient ce jeune public. Dans le 93, à l'hôpital Jean Verdier, une consultation spécifique pour les MIE pour un bilan de primo-arrivant est ouverte depuis quelques mois.

Nous reviendrons plus loin sur l'organisation actuelle de ces bilans de santé, qui est loin d'être standardisée, et sur les difficultés auxquelles ils sont confrontés, face à ce jeune public.

5- Droit à l'éducation

5a- Pour les MIE de moins de 16 ans

Un droit fondamental à la scolarisation doit être garanti au jeune mineur de moins de 16 ans, qu'il soit isolé ou non, même en l'absence d'un titre de séjour.

L'accès à l'éducation est assuré pour les MIE pris en charge par les services de l'ASE. Une première distinction est à préciser entre les MIE francophones et les MIE non-francophones : en effet, les MIE maîtrisant déjà la langue française ont généralement plus de facilité à être scolarisés au sein de dispositifs de droit commun. Toutefois, la question de l'accès à l'éducation des MIE dépend également du niveau de scolarisation précédente reçue dans le pays d'origine.

Concernant les MIE non francophones, des cours de langue française doivent leur être dispensés par les établissements scolaires qui peuvent être aidés par les centres académiques pour la scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants du voyage (Casnav)

5b- Pour les MIE de plus de 16 ans

Plusieurs possibilités existent pour ces jeunes qui représentent la majorité des MIE présents sur le territoire français :

- une scolarisation en classe de troisième, ou de seconde générale si les compétences scolaires du jeune le permettent ;

- une orientation directe dans une voie qualifiante, le plus souvent un CAP (certificat d'aptitude professionnelle). Les éducateurs confrontés au problème de la scolarisation après 16 ans, envisagent donc parfois, en accord avec le jeune, la possibilité d'une formation professionnelle CFA (centre de formation des apprentis) ou CFP (centre de formation professionnelle).

Néanmoins ces jeunes doivent passer au préalable un test de positionnement, officiellement prévu pour les enfants de 6 à 16 ans, dans un CASNAV. Ce test doit permettre d'évaluer leur niveau de la langue française, leurs compétences scolaires et leurs domaines de prédilection. En fonction des résultats au test et des places disponibles dans les établissements présents dans le département, et surtout des délais de gestion de dossier, souvent prolongés par les démarches administratives particulièrement compliquées pour les MIE, ces derniers pourront bénéficier ou non d'une inscription. Ces obstacles peuvent entraîner des retards de scolarisation de plusieurs mois.

Un autre facteur peut entraîner un retard à la scolarisation des MIE : au cours de la procédure d'évaluation et d'orientation des MIE, la scolarisation des MIE peut ne pas être mise en place, compte tenu du caractère très temporaire de l'accueil et de la situation d'attente d'un placement définitif vers un département, autorisant l'organisation d'un suivi scolaire ou une formation durable.

Pour pallier à cette attente, certains départements ont fait le choix de leur organiser une formation en langue française FLE (Français Langue Etrangère), essentielle pour leur intégration et mieux-être psycho-social.

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA POPULATION MIE

Avec l'arrivée régulière de MIE en France depuis ces dernières années, le système de santé se trouve confronté à un besoin sanitaire émergent et qui tend à se pérenniser. Leur besoin de soins rapide et adapté à ce public précaire et vulnérable, lance un défi important pour aux professionnels de santé et du secteur social et associatif. Mais en parallèle, il est indispensable d'étudier l'état de santé global de cette population afin de réajuster les pratiques en fonction des pathologies prévalentes, et leur offrir une prise en charge appropriée et harmonisée entre les départements. La santé est un facteur essentiel pour la réussite de leur adaptation sociale ou socio-familiale et scolaire.

Du côté institutionnel, depuis la mise en place du dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation, les décideurs publiques ont pris conscience des problèmes sanitaires qui peuvent affecter la population MIE et impacter leur devenir social et éducatif. Dans un rapport en 2014, la DPJJ suggérait parmi d'autres propositions de: *« Proposer des modalités organisationnelles visant l'évaluation de la santé médicale et l'intégration d'une prise en charge sanitaire spécifique conformément au Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale selon lequel « dans le cadre d'une évaluation de la situation médicale des mineurs isolés étrangers, une prise en charge sanitaire spécifique sera proposée ». »*

Quelques mois plus tard, un autre rapport aborde ce sujet plus en détail et fait état de problèmes de santé spécifiques tels que les psychotraumatismes et de pathologies infectieuses contractées dans le pays d'origine ou lors du parcours migratoire (hépatites virales, tuberculose, VIH, parasitoses digestives, gale...). Il y est souligné l'intérêt de partenariats avec les structures de soins et de prévention.

Ces deux rapports confirment la nécessité d'établir des recommandations nationales pour la prise en charge sanitaire des MIE.

Or il s'avère qu'à ce jour, l'absence de recommandations médicales spécifiques pour la prise en charge des mineurs isolés étrangers (MIE) entraîne de grandes disparités selon les départements.

L'essentiel de la littérature spécifique aux MIE aborde les champs juridiques et socio-administratifs. Concernant la littérature médicale, la plupart des publications spécifiques aux MIE portent sur deux domaines : Les méthodes médicales de détermination de l'âge des migrants , et la santé mentale des MIE, domaine dans lequel les données médicales sont les plus fournies.

1. Les besoins de santé des MIE

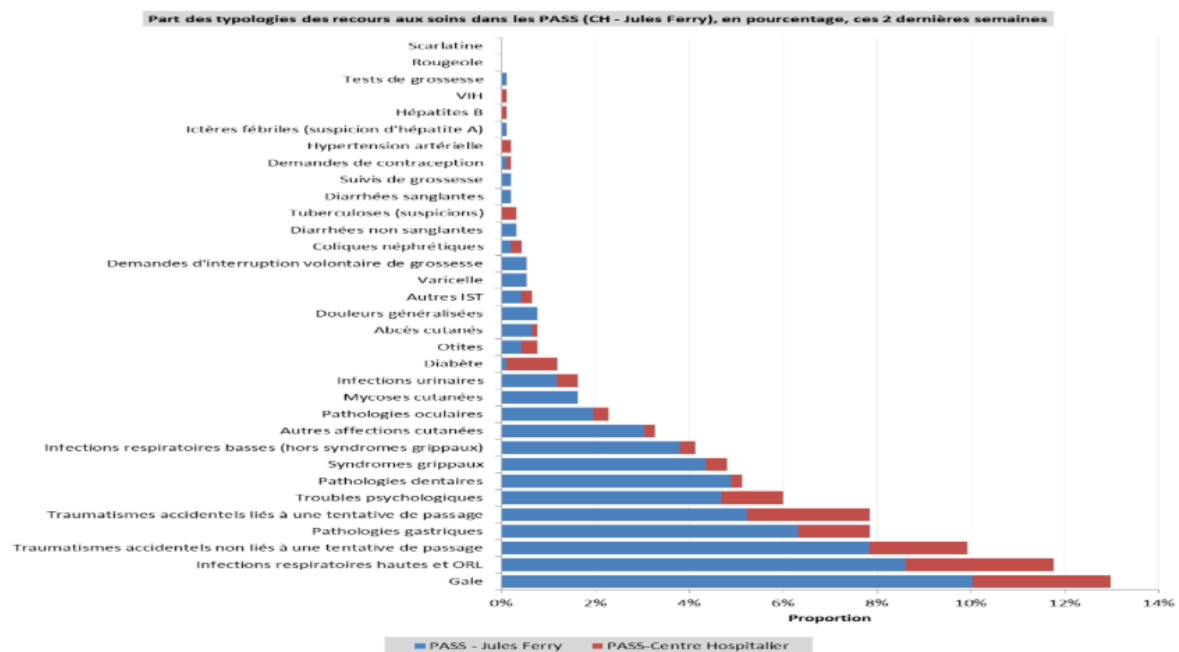
1a- Soins primaires et motifs de consultation

Les MIE comme les migrants adultes, peuvent souffrir de pathologies aiguës ou de séquelles de traumatismes subis lors leurs parcours, qui nécessitent des soins rapides voire urgents. Or, leur situation de précarité et d'étranger compliquent leur accès aux soins. Les urgences hospitalières ou les consultations ouvertes par la médecine

humanitaire (Médecins du Monde, Croix Rouge, ...) sont souvent le seul mode d'entrée dans ce parcours de soins, et souvent en même temps, une circonstance de repérage qui permet l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance. Les MIE échappent à ce stade de primo-arrivants, aux consultations de droit commun, ne bénéficiant souvent pas encore de couverture maladie.

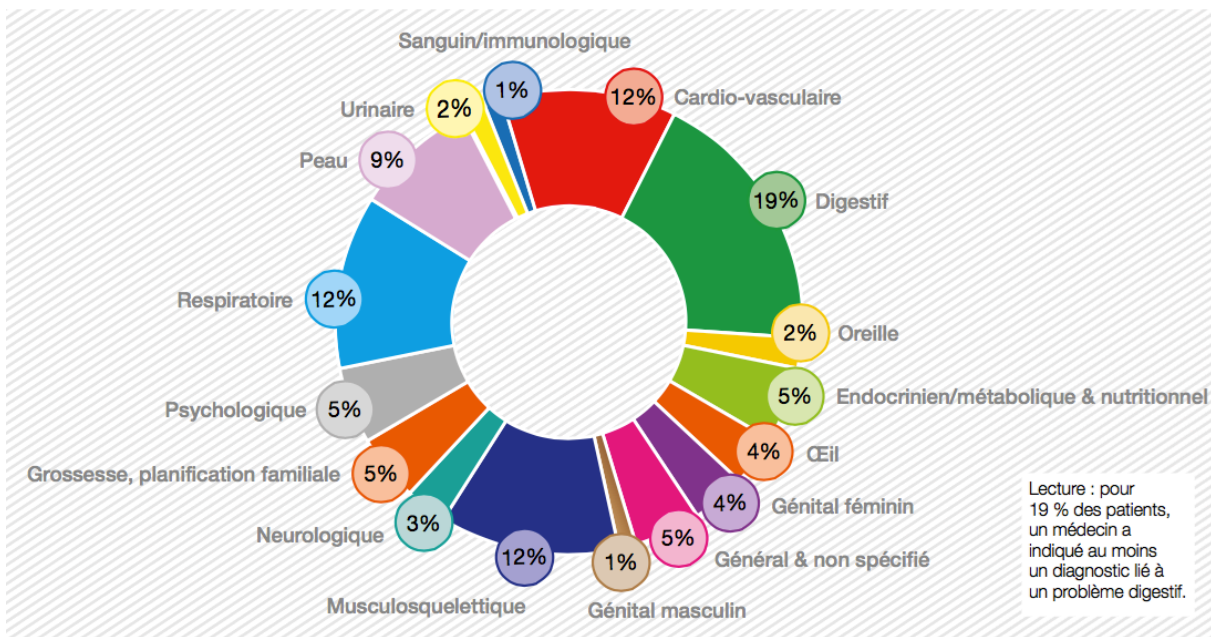
La catégorie de pathologies aiguës chez les MIE indiquant un recours aux SAU et les motifs de consultation dans les dispositifs de soins primaires ont été peu étudiés, et ne sont pas documentés. Certains documents, principalement non médicaux, rapportent des problèmes de santé fréquents: céphalées, troubles digestifs avec une fréquence notable de douleurs abdominales, douleurs musculo-squelettiques, infections ORL et respiratoires, troubles psychiques ou du sommeil, douleurs dentaires.

Il est certain que les conditions de vie précaire (vie à la rue ou dans les camps de migrants) et la promiscuité associée, vont être des facteurs déterminants pour l'expression des pathologies infectieuses respiratoires ou autres communautaires (dermatologiques), mais aussi pour les traumatismes physiques (rixes, agression, AVP), comme le démontre le rapport d'activité des consultations PASS de Calais de la semaine 20 à 22 2016, par la CIRE du 62:



A l'échelle européenne, les données font défaut également. Une approximation des besoins de santé primaire chez les migrants (tout âge confondu) consultant dans les centres de soins gratuits est apportée par le rapport 2013 de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Il alerte sur les retards de recours aux soins chez les migrants en général, du fait de leurs provenance de pays de bas niveau sanitaire et de leur situation de précarité en Europe. En voici quelques extraits : « La moitié des problèmes de santé chez les migrants en Europe rencontrés lors des consultations de Médecins du Monde concernent quatre appareils : 19,0 % se sont vu diagnostiquer un problème digestif, 12,0 % un problème musculosquelettique, 12,0 % un problème cardiovasculaire et 12,0 % des problèmes respiratoires ».

Graphique 11 / Répartition des diagnostics par appareil (en % de patients concernés)



« Concernant les soins urgents, plus de 40 % des patients ont besoin de soins urgents ou assez urgents au moment de leur consultation dans les programmes de dix pays européens. Ces résultats montrent que les patients attendent avant de demander des soins et qu'ils arrivent tardivement dans les centres de santé gratuits de Médecins du Monde.

Dans les pays européens, 48,6 % des patients se sont vu diagnostiquer au moins un problème de santé aigu et 47,5 % des patients ont au moins un problème de santé chronique. Pour les personnes n'ayant pas accès à une couverture santé (celles que nous rencontrons dans nos centres de santé), un des problèmes principaux est l'absence de continuité des soins, qui est encore plus importante dans le cas des pathologies chroniques. »

Les données concernant les MIE sont encore plus réduites, MDM n'ayant pris en charge que 60 enfants migrants isolés en 2015, soit 3,4 % de l'ensemble des enfants rencontrés. Il est annoncé qu'un effort concernant la procédure de recueil de données de l'Observatoire sera renforcé, permettant de collecter des données nombreuses et solides relatives aux MIE.

- Les centres de consultations gratuits pour soins primaires

L'offre de soins de droit commun (consultations hospitalières ou libérale) n'est accessible qu'aux MIE qui ont une ouverture de droit à la CMU ou l'AME. Pour ceux qui n'en bénéficient pas, ou pas encore, des lieux de consultations gratuites leur sont proposés :

- Les CASO (Centre de soins, d'accueil et d'orientation) de Médecins du Monde

Les MIE qu'ils y reçoivent, ne représentent que 16% (359 jeunes) des mineurs consultants leurs centres en France. Leur profil est standard : principalement des garçons de 15-17 ans, 78% originaires d'Afrique subsaharienne et 7 % du Proche et du Moyen Orient. 61% d'entre eux sont présents en France depuis moins de 3 mois. La plupart d'entre eux se trouve en situation d'errance et de grande précarité : plus de la

moitié d'entre eux (52 %) sont sans domicile fixe et 11 % vivent dans un squat ou un campement. Ils ne sont que 6 % à disposer de droits ouverts à une couverture maladie. Des permanences CPAM sont associées à ces consultations pour l'ouverture de droit à une couverture maladie.

- Les PASS : permanences d'accès aux soins de santé

Ces consultations gratuites permettent une prise en charge médicale et sociale pour des personnes n'ayant pas une ouverture de droit à la couverture maladie.

Toutes ne sont pas ouvertes aux mineurs. Les PASS en Ile de France se développent, et sont présentes dans la majorité des hôpitaux de l'AP-HP. La majorité dispensent des soins de médecine générale, mais certaines consultations sont spécialisées en pédiatrie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie, dermatologie, soins bucco-dentaires.

Des centres spécialisés dans l'accueil des adolescents, telles que les Maisons des Adolescents présentes dans certains hôpitaux, travaillent sur la problématique spécifique des MIE et des pathologies psychologiques que ceux-ci peuvent développer en conséquence de leur parcours migratoire et des problèmes qu'ils peuvent rencontrer au cours de la prise en charge en France.

1b- Bilans de santé pour les primo-arrivants

A la différence des migrants adultes qui doivent bénéficier d'un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'OFII à leur entrée sur le territoire, aucun bilan systématique n'est obligatoire pour les MIE, car écartés des circuits classiques d'immigration légale.

En pratique, ce sont donc les services de l'ASE des départements d'accueil qui prennent l'initiative de faire réaliser un bilan médical initial, et cela se traduit par une grande disparité territoriale. Certains départements comme le Nord, ou l'Ile et Vilaine, ou depuis plus récemment les Pyrénées Atlantique proposent des bilans initiaux de primo-arrivants aux MIE. En région parisienne l'organisation diffère selon les centres d'accueil concernés. Le contenu des bilans proposés varie lui aussi d'un département à l'autre, de même que leur organisation.

Les PASS se chargent le plus souvent de pratiquer ces bilans primo-arrivants, et en adaptent le contenu au et à mesure de leur pratique « sur le tas », et en fonction de leur connaissance théorique. Les ONG (médecins du monde, Croix Rouge, etc...) qui ont une expérience de terrain incontestable auprès des migrants, peuvent offrir également un bilan de santé à ce jeune public.

Un travail très pertinent a été réalisé en Gironde (CHU et CDEF de Bordeaux) pour apporter une 1ere base de données pour l'évaluation de l'état de santé global chez les MIE pris en charge dans une structure d'accueil : il s'agit d'une étude descriptive des pathologies dépistées à partir d'un échantillon de 243 sujets pris en charge entre 2011 et 2013. Compte tenu de la pauvreté de la littérature sur ce sujet, et de l'absence de référentiel, il initie une démarche de standardisation des pratiques en proposant un protocole d'examens de dépistage systématique pour ces jeunes primo-arrivants. Leur approche se veut globale, en incluant les informations sur le parcours migratoire et la situation post migratoire du MIE, la conduite d'un dépistage actif des pathologies les plus courantes et les plus graves en fonction de leur provenance et leur parcours, ainsi

que la mise en route de soins abordables et appropriés.

Il ressort de cette étude que les MIE sont fréquemment porteurs de pathologies potentiellement graves.

Sur les 143 MIE pris en charge :

- 19 étaient porteurs de pathologies somatiques de létalité forte à intermédiaire, ce chiffre passant à 25 les pathologies psychiques sont incluses

- seuls 69 MIE n'étaient pas porteurs d'une maladie somatique potentiellement létale ou fortement invalidante.

- seulement 8 ne présentaient aucune pathologie somatique ou psychique faiblement invalidante ou plus lourde.

Le déroulement du bilan primo-arrivants étaient le suivant :

- T1 : Un bilan infirmier avec ouverture du dossier médical, recueil des données socio-administratives (origine géographique, parcours, âge déclaré, structure familiale, langues parlées, scolarité), prise de constantes (poids, taille, tension artérielle, fréquence cardiaque, température), dépistage de troubles visuels, bandelette urinaire et glycémie capillaire.

- T2 : une consultation avec le médecin du centre parfois assisté d'un interprétariat téléphonique. La consultation comprenait systématiquement un recueil des antécédents médicaux personnels et familiaux, un entretien médical avec évaluation psychologique, un examen clinique et une IDR.

- T3 : Examens complémentaires avec bilan biologique initial (voir tableau) + un dépistage radiologique de la tuberculose.

- T4 : Une mise à jour des vaccinations.

D'autres examens pouvaient être indiqués : imagerie, avis médical spécialisé, soins dentaires, bilan psychologique.

- Une hospitalisation pouvait éventuellement être indiquée.

Bilan biologique initial

NFS-plaquettes, CRP
Triglycérides, Cholestérol total, Glycémie
Transaminases, gamma-GT
Urée, créatinine
Fer sérique, ferritine
Électrophorèse de l'hémoglobine, G6PD*
Sérologie VIH 1 et 2
Sérologie Hépatite A*, B†, C
Sérologie Bilharziose, Filariose *
Sérologie Rougeole, Rubéole*
Sérologie toxoplasmose, CMV*
Bêta HCG*
Goutte épaisse*
Examen Parasitologique des Selles (EPS)
sur 3 jours avec analyse à l'état frais, par
méthode de Baermann et de Baillenger*

* Selon origine du MIE ou contexte clinique

† Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti HBe

La suite du bilan était poursuivi une fois que le MIE étaient pris en charge à l'ASE et que ses droits à la CMU étaient ouverts.

T5 : Les MIE étaient ensuite revus dans le cadre d'une 2^e consultation par le médecin du centre pour la prise en charge thérapeutique selon le(s) diagnostic(s) avec si besoin une orientation en consultation spécialisée

A leur sortie du dispositif, à l'exception des cas de fugue, un dossier médical comprenant le double des résultats des examens réalisés, le carnet de vaccination, l'attestation de CMU et une fiche de synthèse était systématiquement remise aux représentants sanitaires de l'établissement de destination.

Récapitulatif des principaux diagnostics suite au bilan

Diagnostic	Dossiers		Tous dossiers (n=235)
	complets (n=143) (%)	Incomplets (n=92)	
Infections parasitaires			
Amœbose (<i>Entamoeba histolytica/dispar</i>)	6 (4,2)	1	7
Giardiose	11 (7,7)	1	12
Protozoaire digestif non pathogène (au moins 1) *	71 (49,7)	6	77
Dont : <i>Blastocystis hominis</i>	55 (38,5)	6	61
<i>Dientamoeba fragilis</i>	4 (2,8)		4
Bilharzioses	10 (7,0)	1	11
Filarioses	8 (5,6)		8
Hymenolepiose	2 (1,4)	1	3
Ankylostomose	7 (4,9)		7
Ascarirose	2 (1,4)		2
Toxocarose	2 (1,4)		2
Trichocéphalose	9 (6,3)		9
Trichinose	1 (0,7)		1
Suspicion de Paludisme viscéral	2 (1,4)		2
Gale	6 (4,2)		6
Pathologies infectieuses non parasitaires			
VIH	1 (0,7)		1
Hépatite B Chronique	8 (5,6)		8
Tuberculose pulmonaire active	0 (0,0)	1	1
Infection Tuberculose Latente †	68 (47,5)	22	90
Syphilis active	1 (0,7)		1
Hématologie			
Drépanocytose hétérozygote	15 (10,5)		15
Alpha-thalassémie mineure	4 (2,8)		4
Beta-thalassémie mineure	4 (2,8)		4
Déficit en G6-PD	11 (7,7)		11
Anémie par Carence Martiale	6 (4,2)	1	7
Carence Martiale ‡	37 (25,8)	6	43
Thrombopénie auto-immune	1 (0,7)		1
Autres Pathologies Organiques			
Caries	42 (29,4)	28	70
Abcès dentaire	3 (2,1)	2	5
Perforation tympanique	2 (1,4)	2	4
Cholestéatome	1 (0,7)		1
Tubulopathie (Syndrome de Gitelman)	1 (0,7)		1
Glomérulonéphrite post-infectieuse avec IRC sévère	1 (0,7)		1
Cardiomyopathie hypertrophique obstructive	1 (0,7)		1
Asthme	5 (3,5)	3	8
Diabète de Type 1	1 (0,7)	1	2
Pathologie herniaire	4 (2,8)	1	5
Ulcère gastroduodéal hémorragique	1 (0,7)		1

* *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmanni*, *Sarcocystis hominis*, *Endolimax nanus*, *Iodamoeba butschlii* ;

† ITL (IDR ≥ 10 mm et (QTF + ou NR) ou QTF + seul, et Pas d'ATCD perso de TB) ; ‡ Ferritine < 30 µg/L

Diagnostic	Dossiers complets (n=143) (%)		Dossiers Incomplets (n=97)	Tous dossiers (n=235)
Psychiatrie				
Syndrome de stress post-traumatique				
Sévère	5	(3,5)	1	6
Probable	52	(36,4)	9	61
Troubles du sommeil	59	(41,3)		73
Symptômes anxieux				
Sévères	12	(8,4)	4	16
Modérés	36	(25,2)	7	43
Symptômes dépressifs				
Trouble dépressif modéré à sévère	17	(11,9)	10	27
Idées suicidaires	5	(3,5)	3	8
Tentative de suicide (dont ATCD récent)	1	(0,7)	2	3
Trouble bipolaire	1	(0,7)		1
Troubles des conduites				
Trouble des conduites, agressivité	7	(4,9)	12	19
Personnalité borderline, antisociale	0	(0,0)	2	2
Troubles d'ordre psychotique	3	(2,1)	1	4

Une répartition des pathologies diagnostiquées par pays d'origine étaient également précisées.

La mise en place d'un circuit rodé entre les différents acteurs médicaux était un des points forts de leur prise en charge des MIE: le médecin référent pour le bilan, médecins spécialistes (notamment infectiologues et psychiatres), laboratoires, CLAT, etc... Le réseau pluridisciplinaire autour du MIE, entre médecins, infirmières, travailleurs sociaux (assistantes sociales de l'ASE et de l'hôpital), éducateurs référents pour le jeune, facilitait aussi l'adhésion au soins et au suivi du MIE.

En raison de l'instabilité, souvent involontaire, de ce type de public, ils rappellent l'intérêt de démarrer précocement ce bilan, à savoir dès la phase du repérage et de la mise à l'abri du jeune, afin d'éviter de limiter les « perdus de vue ».

Ces bilans systématiques représentent avant tout un intérêt de santé individuelle pour ces jeunes mineurs. En bénéficiant d'une prise en charge précoce des impacts sanitaires du parcours migratoire, mais aussi d'un dépistage de pathologies chroniques pré-existantes au parcours, ils peuvent retrouver un état de santé amélioré qui ne facilitera que mieux leur adaptation à leur nouvelle vie, notamment sur le plan scolaire et social.

D'un point de vue de santé publique, ces bilans peuvent également être une source de données riches pour une meilleure évaluation globale de l'état de santé des MIE. Une harmonisation des pratiques permettrait leur exploitation, et pourrait contribuer à l'élaboration d'un référentiel et de guidelines. Cette meilleure connaissance permettrait d'améliorer le dispositif de prise en charge des MIE, tant sur le plan socio-administratif que sur le plan médical.

Les contraintes d'organisation et les difficultés de prise en charge propre à ce public

étaient également soulevées. Un certain nombre de réflexions peuvent être proposées pour améliorer les pratiques de prise en charge et optimiser l'adhésion aux soins.

2- Les spécificités de la population des MIE

La prise en charge médicale des MIE est souvent confrontée à des difficultés liées à leur statut de jeune migrant. Une meilleure connaissance de leurs spécificités peut permettre aux soignants d'anticiper ces difficultés et adapter sa pratique et l'organisation du suivi.

2a- Des mineurs adolescents en majorité

Le vécu de l'adolescence peut être différent de nos représentations sociales et médicales, selon les pays de provenance du mineur. Le processus du passage du stade d'enfant au stade d'adulte varie selon le sexe, le lieu d'habitation (régions tropicales ou nordiques, ville ou campagne). On observe de grandes disparités d'une région du monde à l'autre, dans la signification du concept d'adolescence, dans son processus, et dans son existence même. En effet, ce concept n'existe que dans les sociétés modernes, et depuis le XIXe siècle. En effet « *la notion d'adolescence est mal cernée en Afrique, les jeunes passant directement du statut d'enfant à celui d'adulte. Dans les sociétés traditionnelles africaines, pour les filles la puberté signifie l'entrée dans l'âge adulte... (Pour le garçon) les sociétés traditionnelles formalisent le passage de l'enfance à l'âge adulte au moment de la puberté, à travers un rite, une épreuve et/ou une cérémonie, qui engagent directement le jeune dans ses responsabilités sociales. Ainsi, s'il est stabilisé par l'environnement social fortement encadrant, il n'a pas la possibilité de se différencier personnellement, comme c'est le cas dans nos sociétés individualistes* ».

Il convient de garder ces différences à l'esprit et de ne pas considérer la vision occidentale de l'adolescent et de son développement comme universelle. Les enjeux de ce passage, les remaniements psychiques qui en découlent, la remise en question des images parentales et de la société ne seront pas les mêmes et peuvent ne pas être vécus de la même manière chez les jeunes MIE.

Par contre, il est utile de souligner que la remise en question de l'âge du MIE, et les démarches médico-légales de détermination de sa minorité peuvent perturber le processus identitaire au moment de l'adolescence, et aggraver ses éventuels troubles psychiques en lien avec l'adolescence ou à sa migration.

2b- Des mineurs allophones pour certains

Chez les MIE non francophones, la barrière de la langue peut limiter l'entretien et renforcer le sentiment d'isolement du jeune. L'interprétariat, surtout s'il est réalisé par téléphone, et quand il est accessible, ne permet pas d'obtenir des informations médicales aussi précises que l'entretien direct. Le risque est que la consultation se retrouve réduite à sa dimension clinique, et limite le dépistage ou évaluation des troubles psychiques.

2c- Des mineurs de passage temporaire

Un certain nombre de MIE, comme ceux qui sont retenus dans les jungles, se maintiennent dans la dynamique de leur parcours migratoire, au moment de leur prise

en charge médicale. Pour d'autres, l'avenir est incertain et leur projection à court terme est impossible car dépend des décisions juridico-administratives concernant leur dossier. Ces incertitudes, cette absence de repères dans le temps peuvent limiter leur adhésion aux soins et au suivi médical.

2d- Des mineurs précaires sans domicile fixe

L'entrée dans le dispositif de la protection de l'enfance, placent les mineurs dans un contexte juridique rigide, avec des rendez-vous qui s'enchaînent et des convocations impératives. Leur quotidien devient imprévisible. Leur instabilité géographique complique également leur disponibilité pour les rendez-vous médicaux, avec des lieux d'hébergements qui peuvent changer d'un jour pour l'autre, et parfois une réorientation précoce sur un autre département sur décision du juge selon les clés de répartition du dispositif. Ils se voient donc embarqués dans un nouveau parcours dont ils ne maîtrisent ni la direction ni les délais.

2e- Des mineurs vulnérables et traumatisés par leur migration dans la majorité

Selon les constats de l'équipe de la consultation « Jeunes isolés étrangers », les MIE ont davantage de troubles psychopathologiques (troubles anxieux, dépression, états limites, impulsivité, dépendance, instabilité psychique, troubles de la personnalité...) que les jeunes étrangers accompagnés. Les MIE sont plus exposés aux violences sexuelles avant et après l'exil et subissent plus de traumatismes exceptionnels que les accompagnés (environ 25 % des MIE arrivant en Europe). 20 à 47% des MIE présentent un trouble psychiatrique. Les filles ainsi que les jeunes d'âge plus élevé ont plus de symptômes à leur arrivée.

Il convient de distinguer 3 contextes favorisant l'installation de ces psychotraumatismes. Il est utile de rappeler qu'ils peuvent être d'autant plus sévères, qu'ils frappent des êtres en construction :

- Le vécu pré migratoire

Un grand nombre de ces jeunes isolés ont vécu, bien avant leur départ et souvent assez tôt dans la vie, des événements traumatiques et des deuils parentaux. Les événements qui déclenchent le traumatisme sont souvent intentionnels (ont été voulu par quelqu'un d'autre). Cela leur confère un côté beaucoup plus destructeur. Il s'agit de traumatismes graves et répétés (associés à des deuils).

- Le vécu migratoire, dont le retentissement varie suivant le type de parcours migratoire

- Les jeunes Afghans sont souvent contraints de travailler au Pakistan ou en Iran, où ils sont exploités ou maltraités (notamment les hazaras). Ensuite ils doivent survivre à la traversée de la Turquie, dans les double-fonds sous les chargements des camions, ou encore à pied dans de très hautes montagnes, au rythme « marche ou crève », la consigne étant d'abandonner ceux qui tombent. Le parcours représente environ 5000 km, et dure de plusieurs mois à plusieurs années. Les mineurs afghans sont très exposés au risque de traite des êtres humains. En effet, arrivés en France seuls, ils sont particulièrement vulnérables en raison de leur isolement et de la difficulté de passer par

leurs propres moyens au Royaume-Uni. De plus, des violences sexuelles sont parfois infligées aux mineurs garçons par des hommes majeurs, dans le cadre de ce qu'on appelle le « Bacha Bazi ».

- Les jeunes africains travaillent eux aussi sur le chemin de leur exil pour payer le passage. Ils embarquent souvent en Mauritanie, sur des pirogues conduites par des passeurs, le plus souvent jusqu'aux Iles Canaries (à 1200 km). Pour beaucoup qui ont vécu ce mode de passage, le syndrome psycho-traumatique reste très présent, les souvenirs peuvent être effrayants et pleins de mort (les médias ont fait état de plus de 2000 morts par an sur ce trajet).

- D'autres jeunes Africains aventuriers passent par le Niger et la Libye. Ils sont entassés dans des 4x4 ou des camions par les passeurs. Pendant la traversée du désert, c'est la faim, la soif, la brûlure du soleil le jour et du froid la nuit qui sont rudes à supporter. Arrivés à Tripoli, ils peuvent attendre de longs mois, enfermés, nourris de pain et d'eau, gardés par des mercenaires armés, jusqu'au moment d'être embarqués sur des bateaux surchargés et souvent vétustes.

- Les jeunes Maghrébins, les « harraga », zonent dans la rue, dans les ports, empires de tous les dangers et de la peur. Ils essaient de gagner l'argent de leur passage à tout prix, repérés, exploités par les pédophiles et les trafiquants de toutes sortes. Plus cette vie de survie est rude, plus ils s'accrochent à leur idée fixe de traverser la méditerranée en ferry ou barques de fortune, malgré les échecs empreints de violence, car le phénomène est là-bas aussi très pourchassé. Lorsqu'ils parviennent enfin à embarquer, le passage sur les bateaux de fortune ressemble à ce que vivent les jeunes « aventuriers » africains, avec de surcroît la prise de psychotropes, pour se donner du courage.

D'autres arrivent en France par avion, accompagnés par un passeur payé par la famille pour le confier à la communauté à Paris, mais qui les abandonne à leur arrivée. Le désespoir fait suite à une attente angoissante sans fin, dès lors que le mineur prend conscience qu'il est abandonné, seul(e), en terre inconnue. Il arrive aussi que le passeur séquestre et profite sexuellement des jeunes filles (les jeunes migrantes sont en majorité africaines) avant de les abandonner. Cela arrive aussi à des garçons ; la honte empêche souvent d'en parler, de demander de l'aide. A ce stade, nombre de jeunes disparaissent dans des réseaux, de prostitution en particulier.

- Le vécu post migratoire

Ces jeunes sont confrontés à la réalité du pays d'accueil, souvent imaginé autrement, parfois même fantasmé. Ils doivent très vite faire face aux discours xénophobes, à la population d'accueil et la population en exil.

Les difficultés de mémorisation doivent aussi être pris en compte lors de l'interrogatoire, en particulier chez les MIE souffrant de psychotraumatismes. Spinhoven et al. ont montré que les MIE les plus jeunes étaient davantage sujets aux variations de discours, sans que cela constitue un critère pertinent de manque de fiabilité.

D'autres travaux ont montré que les MIE étaient significativement plus vulnérables aux psychotraumatismes que les enfants migrants accompagnés par leur parents et que

l'effet « lune de miel » (phase d'optimisme à l'arrivée dans le pays d'accueil) décrit par certains auteurs à propos des migrants adultes n'était pas retrouvé chez les MIE. Au contraire, le stress lié à l'instabilité de leur situation au moment de leur arrivée a été identifié comme un facteur de risque de troubles mentaux, de même qu'un vécu traumatique intense, le sexe féminin et pour certains auteurs l'âge précoce.

Par-dessus tout, toutes ces études mettent en avant la vulnérabilité particulièrement marquée des MIE vis-à-vis des troubles mentaux. Vulnérabilité qui semble perdurer dans le temps.

2f- Des mineurs à risque de fugue

Le Sénateur Isabelle Debré mentionne dans son rapport sur les MIE en France les causes possibles de fugues des MIE, qui risquent d'interrompre le suivi et l'accompagnement des jeunes.

Ces fugues peuvent être favorisées par la vulnérabilité de ces jeunes, ou au contraire par leur maturité acquise durant leur parcours migratoire, où ils sont parvenus à surmonter de nombreux dangers. Mais aussi la situation de l'enfant dans son pays d'origine, les modes de vie et les coutumes peuvent rendre ces mineurs autonomes ou les obliger à se débrouiller dès douze, treize ou quatorze ans.

Certaines fugues sont choisies et organisées par les mineurs eux-mêmes, souvent en lien avec leur famille dont ils veulent rejoindre un membre ou un proche; ils poursuivent leur parcours de migration pour atteindre leur destination finale. Il est difficile, voire impossible, d'agir contre cette volonté, pour ne pas dire détermination individuelle. D'autres quittent aussi parfois les établissements de placement par peur. Faute d'explication ou par méconnaissance de la langue française, ils ne comprennent pas ce qui leur arrive et partent à la recherche de compatriotes.

Les fugues peuvent être également organisées par les passeurs : pour permettre au mineur d'atteindre sa destination ou de s'en approcher, pour alimenter un réseau de travail clandestin (le mineur doit « rembourser sa dette »).

3- quelques pistes pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire des MIE

Quelques pistes peuvent être proposées pour améliorer les pratiques de prise en charge et optimiser l'adhésion aux soins des MIE

- Prise en charge médicale dès leur identification, via leur entrée dans le dispositif de mise à l'abri : La réalisation du bilan médical se doit d'être aussi précoce que possible afin de limiter les pertes de vue et de contribuer à réduire le caractère anxiogène des premiers temps de la prise en charge. En effet, durant cette phase, la longueur des délais administratifs génère une incertitude sur l'avenir décrite comme particulièrement éprouvante par les intéressés.

- renforcer le dépistage des psychotraumatismes chez les primo-arrivants mineurs : Le bilan médical initial doit systématiquement comporter une évaluation de

l'état psychique des MIE. L'utilisation d'un questionnaire standardisé pourrait se faire, selon les besoins de l'examineur, notamment quand la barrière de la langue perturbe l'interprétation des symptômes. Des notions d'ethnopsychiatrie peuvent s'avérer particulièrement utiles afin d'éviter les erreurs diagnostiques. En particulier face à des tableaux délirants ou d'allures somatiques, qui peuvent comporter une dimension transculturelle difficile à appréhender pour les non initiés.

- Organiser les procédures autour des bilans de primo-arrivants : les équipes doivent s'organiser pour faciliter la réalisation des différentes consultations et examens complémentaires et le recueil des résultats. Les autres professionnels de santé (laboratoires, imagerie, urgentiste...) doivent sensibilisés sur la précarité et les contraintes de temps de ce public particulier, afin de faciliter les prises de rendez-vous et les restitutions de résultats. Des conventions, comme il en existe dans certaines villes, peuvent être mises en place avec les laboratoires, centres hospitaliers et centres de soins qui reçoivent les MIE, afin de raccourcir ces délais.

- Renforcer la pluridisciplinarité autour du MIE : une collaboration étroite avec les assistantes sociales de l'hôpital et de l'ASE est indispensable, notamment pour accélérer les procédures d'ouverture de droits maladie, et faciliter la réalisation du bilan médical et la prise en charge thérapeutique indiquée. Un travail en lien avec les éducateurs et les associations qui accompagnent les MIE peut contribuer à la mise en confiance du mineur, et la bonne observance des soins et du suivi médical. Une fiche de liaison peut être un outil utile pour faciliter les échanges entre l'équipe médicale et les travailleurs sociaux et notifier les dates des rendez-vous médicaux, afin que le transport ou l'accompagnement puisse s'organiser efficacement.

- Optimiser la continuité des soins et le suivi médical du MIE : Un des obstacles rencontrés dans la prise en charge des MIE est leur instabilité géographique. En cas de décision du juge d'une réorientation du jeune sur un autre département, ou de fugues, la prise en charge médicale initiée peut se trouver subitement interrompue, sans pouvoir aboutir aux soins ou à la mise en place d'un suivi. Afin de pallier à cette perte d'informations médicales nécessaires à la continuité des soins, il serait utile d'utiliser un carnet de santé format pocket dans lequel serait noté les conclusions médicales, les vaccinations réalisées et autres informations médicales importantes (antécédents familiaux, chirurgicaux, médicaux, allergies, bilans en cours, etc...) pour une prise en charge médicale de qualité. Ce carnet serait confié au jeune, à titre strictement personnel, en lui expliquant l'importance de ce document pour son suivi médical, et son rôle de fil conducteur entre les différents centres médicaux qu'il serait amené à fréquenter, notamment s'il est amené à changer de département voire de pays. Cet outil est déjà utilisé pour les migrants de Mayotte, et en métropole, la Croix Rouge vient de créer un modèle pour les migrants : Ce « carnet de suivi médical pour migrants » permet désormais de leur offrir une continuité de prise en charge médicale plus simple et plus efficace. Ils pourront ainsi être orientés plus rapidement vers les structures de soins les mieux adaptées. Il est traduit en anglais et en arabe, ce qui vise à faciliter l'échange, parfois difficile, lors des consultations médicales. Mais il n'est délivré que dans les centres Croix Rouge. Reste à discuter la pertinence de créer un autre modèle équivalent, mais plus universel, et spécifique aux migrants mineurs.

CONCLUSION

L'estimation du nombre de MIE en France est incertaine, et se situerait entre 6000 et 8000 mineurs. Il s'agit principalement de garçons, le plus souvent de 16 ans, et majoritairement originaires d'Afrique sub-saharienne.

Leur prise en charge est un sujet sensible et complexe, sur le plan humanitaire, social et politique. Des mesures ont été prises par l'Etat pour tenter d'homogénéiser les procédures de placement des MIE sur le territoire. Cependant des progrès restent à faire pour en raccourcir les délais afin de sécuriser et stabiliser la situation de ces jeunes, au plus vite et leur permettre ainsi de s'investir dans leur projet de vie en France.

Face aux problèmes urgents posés par la représentation légale, l'hébergement et la scolarisation des MIE, leur prise en charge sanitaire apparaît souvent négligée dans les documents officiels et la littérature. Or les besoins de soins, notamment psychiatriques, sont importants pour cette population vulnérable, dont beaucoup ont vécu des événements traumatiques et sont confrontés à l'isolement. Ils cumulent aussi d'autres pathologies somatiques chroniques et/ou aiguës liées à leur migration, leur précarité et leur âge.

A ce jour, les professionnels de santé insuffisamment formés doivent apprendre sur le tas pour développer les compétences nécessaires à ce type de prise en charge, ce qui se traduit par des disparités de pratiques d'un département à l'autre.

Une harmonisation des protocoles des bilans de MIE primo-arrivants, suivant des recommandations validées, serait pertinente. Elle permettrait d'une part d'améliorer les pratiques et le suivi, et d'autre part de disposer d'une source de données standardisées permettant ultérieurement de mesurer l'état de santé global des MIE, afin d'adapter la politique sanitaire les concernant.

Dans tous les cas, l'organisation de consultations de MIE primo-arrivants nécessite une bonne coordination et réactivité des différents acteurs médicaux et sociaux. Elle requiert également une connaissance de base des spécificités et vulnérabilités des MIE, de leurs profils, ainsi que de leurs contraintes juridico-administratives. Nous espérons que ce document permettra aux professionnels de santé qui se préparent à la prise en charge des MIE, à mieux les connaître, pour mieux les soigner et les protéger.

BIBLIOGRAPHIE

- Etienne, A. (2005). Quelle protection pour les mineurs isolés en France ? RAJS-JDJ, n° 243, 14-19.
- Etienne, A. (2002). Mineurs isolés étrangers en France: données démographiques et trajectoires migratoires. Les Mineurs Isolés Etrangers en France. Evaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide Sociale à l'Enfance. Migrations études, n°109, 1-16.
- Helfter, C. (2010). La prise en charge des mineurs isolés étrangers par l'Aide sociale à l'enfance. Informations sociales, n°160, 124-132.
- Laurent, N. (2007). Les mineurs étrangers isolés, des personnes en devenir ? La lettre de l'enfance et de l'adolescence, n°70, 43-50.
- Bricaud J. Accueillir les jeunes migrants. Les mineurs isolés étrangers à l'épreuve du soupçon, Chronique sociale, Lyon 2012.
- Comité Médical pour les Exilés (COMEDE). Rapport 2014 du COMEDE. Le Kremlin Bicêtre: COMEDE; 2014. 132 p.
- Croix-Rouge française. Bilan d'activité 2011 - mineurs isolés étrangers. Paris: Croix-Rouge française; 2013. 52 p.
- Isabelle Debré. Les Mineurs Isolés Étrangers en France - Rapport parlementaire. mai 2010.
- Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef). Convention internationale des droits de l'enfant. New York: Unicef; 1989. 31 p.
- République française. Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France. JO du 24 janvier 2006.
- République française. 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. BOMJ n°2013-06 28 juin 2013.
- Comité Médical pour les Exilés (COMEDE). Guide pratique 2008 Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. Saint-Denis: INPES; 2008. 619 p.
- Lynch MA. Providing health care for refugee children and unaccompanied minors. Med Confl Surviv. 2001;17(2):125 - 30.
- Nadeau K, Hannibal K, Sirkin S, Nightingale EO. Immigrating unaccompanied minors—a neglected minority? West J Med. 1997;166(3):221.

- Ambresin A-E, Depallens Villanueva S. Soins aux mineurs non accompagnés (MNA) : l'expérience lausannoise. Rev Médicale Suisse. 2010;Volume 253(23):1248 - 52.
- Bouix A, Lormier C. L'accompagnement des mineurs isolés étrangers - informer, orienter, protéger - Guide Pratique. Paris: AutonoMIE, InfoMIE; 2013. 84 p.
- Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à l'évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé. Paris: HCSP; 2014. 9 p.
- Adamsbaum C, Chaumoitre K, Panuel M. La détermination de l'âge osseux à des fins médico-légales, que faire ? J Radiol. 2008;89(4):455 - 6.
- Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2014;23(5):337 - 46.
- Comede. Violence, torture et séquelles traumatiques chez les exilés. Maux d'exil. 2006;14:7-8.
- Veïsse A, Aïna E. Migrations et santé. In: Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D (dir). Traité de santé publique. 2e éd. (coll. Traités). Paris: Flammarion Médecine Sciences; 2007:509-14.
- Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, et al. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2009;3:13.
- Huemer J, Völkl-Kernstock S, Karnik N, Denny KG, Granditsch E, Mitterer M, et al. Personality and Psychopathology in African Unaccompanied Refugee Minors: Repression, Resilience and Vulnerability. Child Psychiatry Hum Dev. 2013;44(1):39 - 50.
- Bronstein I, Montgomery P. Sleeping Patterns of Afghan Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents: A Large Observational Study. PLoS ONE. 2013;8(2).
- Médecins du Monde. L'accueil des mineurs accompagnés et des mineurs isolés en France. Dans: Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du Monde - rapport 2013. Paris: Médecins du Monde; 2014. p. 92 - 6.
- Drouot N, Tomasino A, Pauti M, Corty J, Luminet B, Fahet G, et al. L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000. Bull Epidemiol Hebd. 2012;(2-3-4):41 - 4.
- Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. Bull Epidemiol Hebd. 2012;(2-3-4):17 - 21.

- Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Can Med Assoc J*. 2011;183(12):E824 - 925.
- Kaoutar B, Mathieu-zahzam L, Lebas J, Chauvin P. La santé des migrants consultant la policlinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, France. *Bull Société Pathol Exot*. 2012;105(2):86 - 94.
- Renard F, Doumont D. Immigration et Santé des adolescents [En ligne]. Louvain: UCL-RESO; 2004. Rapport no 04-30. Disponible: www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos30.pdf
- Ministère de la Justice, Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Mission Mineurs Isolés Etrangers. Rapport d'activité du dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés étrangers. Ministère de la justice; 2014. 16 p.
- Inspection générale des services judiciaires, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration. L'évaluation du dispositif relatif aux mineurs isolés étrangers mis en place par le protocole et la circulaire du 31 mai 2013 [En ligne]. juill 2014. Rapport no 40-14|2014-005R|14-050/14-003/01. Disponible: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article423>
- Thèse de médecine : Pierre Baudino. Etat de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. Médecine humaine et pathologie. 2015.
- Mémoire C. suchard. La prise en charge aléatoire des mineurs isolés étrangers en Maison d'Enfants à Caractère Social. 2012 - 2014 Master 2 Sciences humaines et sociales
- France Terre d'Asile. Identification et protection des victimes de la traite dans un contexte de migration de transit. Les cahiers du social n°39 // Avril 2017
- Réseau européen des migrations. Politiques, pratiques et données statistiques sur les mineurs isolés étrangers en 2014. Novembre 2014
- Ressources internet : site INFOMIE. <http://www.infomie.net>