

DIU SANTE DES MIGRANTS

Université Paris XIII

Année 2017-2018

MEMOIRE

Accueil des mineurs non accompagnés en milieu hospitalier

Expérience du service de pédiatrie de l'hôpital de Pontoise

Sonia AZIB

Pédiatre

Service de médecine pour adolescents, hôpital de Pontoise

Accueil des mineurs non accompagnés en milieu hospitalier

Expérience du service de pédiatrie de l'hôpital de Pontoise

Introduction

Les mineurs non accompagnés sont les jeunes âgés de moins de 18 ans, sans référent légal sur le territoire français et de nationalité étrangère. Le nombre croissant de mineurs non accompagnés amène à de nombreux débats et écrits concernant leur prise en charge sur le plan juridique, social et éducatif, mais les questions de santé sont rarement au premier plan. Ces jeunes ont pourtant des besoins de santé spécifiques. En l'absence de directives claires, de nombreuses disparités territoriales existent sur la prise en charge de la santé des mineurs non accompagnés.

Le but de ce mémoire est de reprendre les données des mineurs non accompagnés accueillis dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Pontoise, dans le Val d'Oise, depuis 2016, de préciser les soins et dépistages proposés, les modalités de suivi, les difficultés rencontrées ainsi que de recueillir le point de vue des soignants qui les prennent en charge, dans le but d'aider à améliorer la prise en charge globale de ces patients.

Population et méthode :

- Etude rétrospective monocentrique portant sur 3 périodes : année 2016, année 2017, et 1^{er} trimestre de l'année 2018.
- L'étude concerne les patients s'étant déclarés mineurs non accompagnés à leur arrivée aux urgences pédiatriques et hospitalisés dans le service de médecine pour adolescents de l'hôpital de Pontoise.
- Etude portant sur leur âge, origine, parcours migratoire, motif de consultation, diagnostic retenu, suivi post hospitalisation, bilan de dépistage, prise en charge médicale, sociale et psychologique, en reprenant les données des dossiers médicaux.
- Etude portant sur le point de vue des soignants du service de pédiatrie qui prennent en charge ces jeunes, aux urgences pédiatriques et dans le service de médecine pour adolescents, ainsi que les propositions émises afin d'améliorer la prise en charge globale, par le biais d'un questionnaire rempli anonymement comprenant des questions fermées et des questions ouvertes.

Résultats :

1/ Mineurs non accompagnés hospitalisés :

- Population :

32 jeunes : 1 fille (arrivée en France en 2018), et 31 garçons, ont été hospitalisés dans le service de médecine pour adolescents du 1^{er} janvier 2016 au 1^{er} avril 2018 : 4 en 2016 (13%), 18 en 2017 (56 %), 10 pendant le 1^{er} trimestre de 2018 (31%).

La durée médiane d'hospitalisation était de 2 jours [1-47].

L'âge médian des patients était de 16 ans [14-17].

- Parcours migratoire :

Les patients étaient essentiellement originaires de pays d'Afrique Subsaharienne (72%) (surtout de pays d'Afrique de l'Ouest : Guinée 8 ; Cote d'Ivoire 6 ; Mali 5 ; Gambie 1 ; Gabon 1, mais aussi de Somalie 2), d'Asie (15%) (Pakistan 4, Bengladesh 1) ainsi que d'Afrique du Nord (6%) (Algérie 2). L'origine géographique n'est pas mentionnée chez 2 patients.

Le parcours migratoire n'est pas mentionné pour 17 (53%) patients. Pour les autres (15 patients), 10 sont passés par la Lybie puis l'Italie (67%), 4 par l'Espagne (27%), 1 est entré en Europe par l'Allemagne (6%).

Les événements traumatiques survenus au pays ont été recherchés chez 11 patients (34%) et retrouvés chez 9 d'entre eux. Il s'agit surtout de décès de l'un ou des parents et/ou de rejet de la famille. Les événements traumatiques du parcours migratoire ont été recherchés chez 8 patients (25%) et évoqués par 6 patients parmi eux. Il s'agit de décès lors de la traversée en mer auxquels les jeunes ont assisté ou de traumatismes physiques et psychologiques vécus essentiellement en Lybie (dont esclavagisme pour 1 patient).

19 patients (60%) étaient francophones. On retrouve une difficulté de communication en raison de la langue chez 9 patients (28%), les autres patients ayant pu communiquer en Anglais.

Les jeunes étaient arrivés en France depuis un délai médian de 2 mois [1 jour-3 ans]. Pas de donnée mentionnée chez 5 patients.

- Prise en charge sociale :

La majorité des patients (25 soit 78%) avaient déjà été pris en charge par le dispositif d'accueil des mineurs non accompagnés du Val d'Oise.

Presque tous (23, soit 92%) étaient encore en cours d'évaluation de leur minorité mais avaient bénéficié d'une mise à l'abri (95% à l'hôtel, 1 patient en famille d'accueil).

Seuls 2 patients étaient reconnus mineurs (OPP ASE). Ils étaient hébergés dans une famille d'accueil pour l'un, et dans une MAE (Maison et Appartement Educatif) pour l'autre.

Par ailleurs, 2 patients avaient été déclarés majeurs peu de temps avant leur hospitalisation, après une évaluation par le dispositif d'accueil des mineurs non accompagnés. Tous deux contestaient cette décision et n'avaient pas bénéficié de la prise en charge des majeurs. Ils s'étaient présentés comme étant mineurs à l'accueil des urgences pédiatriques. Ils étaient sans domicile fixe à leur arrivée à l'hôpital. Ils ont été hospitalisés en pédiatrie le temps nécessaire pour leur prise en charge médicale. A leur sortie du service l'un a souhaité se déclarer majeur et bénéficier du circuit de prise en charge des majeurs. L'autre jeune a souhaité faire les démarches pour contester la décision administrative et a été orienté vers le milieu associatif.

7 patients (22%) n'avaient jamais bénéficié de prise en charge sociale en France. Ils étaient arrivés en France depuis 1 jour à 3 ans (1 cas) et étaient tous sans domicile fixe. Tous ont bénéficié en cours d'hospitalisation d'un entretien avec l'assistante sociale et d'un signalement à l'ASE avec prise en charge par le dispositif départemental des Mineurs Non Accompagnés (MNA). Tous ont été hébergés à l'hôtel à la sortie sauf le patient qui était en France depuis 3 ans, qui avait refusé la prise en charge sociale et avait fugué du service.

Un entretien avec l'assistante sociale du service a été réalisé chez 20 patients soit 62%. L'entretien n'a pas pu être réalisé si le séjour à l'hôpital avait lieu le week-end ou les jours fériés.

L'assistante sociale s'est mise en contact de façon systématique avec le dispositif MNA du département.

Seuls 4 patients bénéficiaient d'une ouverture des droits dans le domaine de la santé avant d'arriver à l'hôpital. L'ouverture des droits à l'assurance maladie était généralement faite rapidement après l'admission par le service d'accueil des MNA du département, avec un effet rétroactif. Aucune difficulté n'a été rencontrée pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie.

- Problématiques de santé :

Les patients s'étaient présentés seuls aux urgences dans 34% des cas (11 patients), accompagnés par les pompiers dans 22% des cas (7 patients), plus rarement par la Croix Rouge (2 cas), par la police (2 cas), par le Smur (1 cas). Pas de données dans 28% des cas (9 patients).

Les symptômes évoluaient depuis un délai médian de 45 jours [1-365] avant de consulter aux urgences. Seuls 2 patients avaient déjà consulté pour ces symptômes depuis leur arrivée en France. Aucun patient n'avait de document médical sur lui.

La plainte somatique était au premier plan pour tous les patients. Le motif le plus fréquent étant la douleur (56% des cas : douleur abdominale 11 cas ; thoracique 5 cas, rachidienne 2 cas). Les autres motifs étaient la survenue d'un malaise chez 7 patients, une problématique urinaire ou digestive chez 6 patients (épigastralgies, hématurie, hématurie), une fièvre ou une problématique infectieuse chez 5 patients, des lésions cutanées chez 3 patients, des troubles neurologiques chez deux patients dont l'un après des sévices physiques survenus avant l'arrivée en France, une agression sexuelle survenue en France chez 1 patient, un problème d'intoxication au cannabis chez un patient.

Les plaintes somatiques étaient multiples et de délai de survenue différent chez 10 patients (31%). Une sensation d'asthénie et une sensation de fièvre (non retrouvée) étaient fréquemment associées.

Le diagnostic retenu correspondait à une pathologie somatique dans 21 cas (65%), et à un problème fonctionnel chez 11 patients (35%).

- Dépistage

Un examen de dépistage de maladies infectieuses a été proposé chez 20 patients (62%) et refusé par 1 seul patient.

Il s'agissait essentiellement d'une sérologie HIV, Hépatite B et hépatite C : 95% ; dépistage de tuberculose (radio pulmonaire, IDR +/- quantiféron) : 50%, syphilis : 21%, gonocoque : 10%, bilharziose : 21%.

Aucun patient n'avait bénéficié d'un dépistage préalable.

Le bilan de dépistage était positif dans 58% des cas (11 patients) et a permis de retrouver des Ac antiHBC positifs chez 8 patients (possible hépatite B chronique), une bilharziose urinaire chez 3 patients, une sérologie HIV positive chez 1 patient, une tuberculose maladie chez 1 patient, une tuberculose latente chez 1 patient, une infection à gonocoque chez 1 patient.

Seuls 3 patients (1%) ont bénéficié d'une consultation spécialisée en raison du mauvais état buccodentaire.

Pas de dépistage systématique sur le plan psychologique en l'absence de plainte du patient.

- Prise en charge psychique :

A l'arrivée aux urgences, une plainte psychique associée au motif somatique a été énoncée par seulement 4 patients (anxiété, tristesse).

Au cours de leur hospitalisation, seuls 8 patients (25%) ont bénéficié d'un entretien avec un psychologue ou un psychiatre, devant des symptômes retrouvés par les soignants (anxiété, tristesse, somatisation).

Un trouble psychique a été diagnostiqué chez 10 patients (31%) : anxiété chez 8 patients, état de stress post traumatique chez un patient, retard des apprentissages chez 1 patient. Un transfert en psychiatrie de l'adolescent a été nécessaire pour un patient en raison de l'importance du tableau psychique.

Une consultation en externe a été proposée dans 2 cas.

- Suivi ultérieur :

Un traitement a été prescrit pour 20 patients (63%). Pas de données sur l'achat effectif du traitement et la compliance au traitement, sauf dans un cas où le patient s'est présenté aux urgences 2 jours après sa sortie pour les mêmes motifs sans avoir acheté ses traitements.

Un suivi était nécessaire chez 14 patients (43%), seuls 4 patients (28%) sont venus aux rendez-vous de suivi.

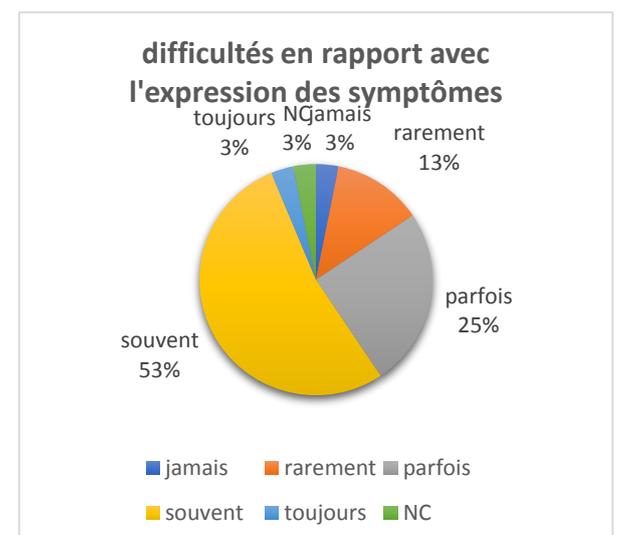
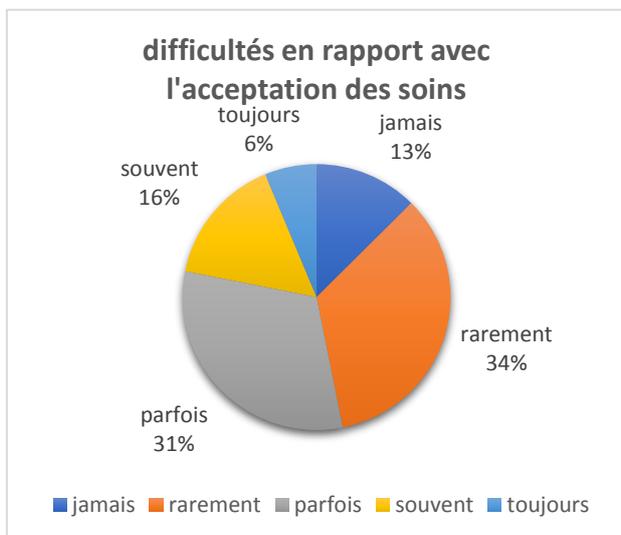
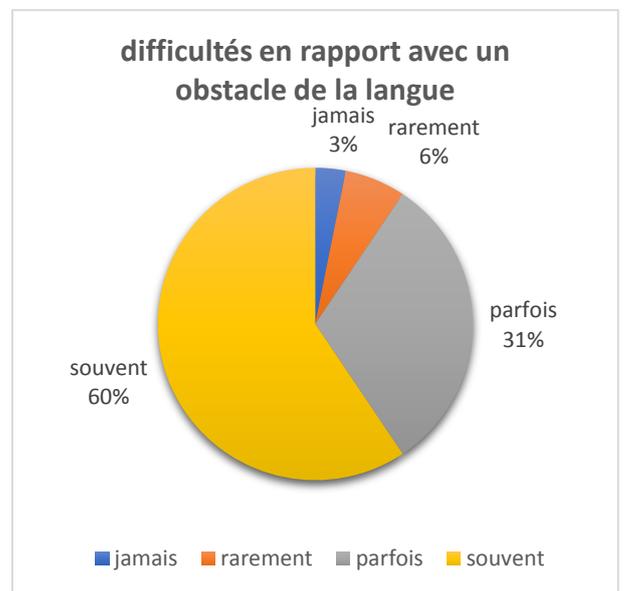
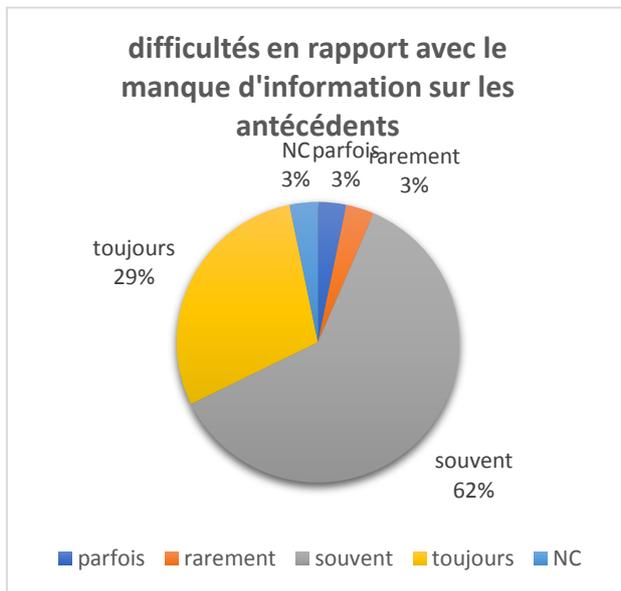
2/ Point de vue des soignants :

Les soignants du service des urgences pédiatriques ainsi que du service de médecine pour adolescents ont rempli un questionnaire avec des questions fermés et des questions ouvertes.

32 questionnaires ont été analysables : ceux de 10 médecins (1 médecin généraliste et 9 pédiatres), 12 infirmières (dont 2 infirmières puéricultrices), 6 auxiliaires de puériculture, 1 ASH, 2 cadres de santé et 1 éducatrice.

- Difficultés de prise en charge :

Tous les soignants ont mentionné avoir été confrontés à des difficultés lors de la prise en charge des mineurs non accompagnés :



Autres difficultés ressenties par les soignants :

- Intrication plainte somatique et composante psychique, difficulté à séparer l'aigu du chronique, discordance fréquente entre la plainte et le symptôme (dans les 2 sens) (40% des médecins)
- Culture, langue, système de soin différent : les soignants sont parfois confrontés aux difficultés d'expliquer les soins (25% des IDE)
- Grande précarité, isolement, tristesse fréquente difficile à prendre en charge
- La relation de confiance est parfois difficile à établir (9% des soignants) (doute sur la minorité de la part des soignants, méfiance des jeunes)
- Problèmes administratifs fréquents, chronophages pour les soignants, pouvant aboutir à un retard au soin pour les patients (autorisation d'opérer, coordonnées du référent, attente des accompagnateurs pour la sortie..)
- Problème des soins corporels (manque de linge, de produits d'hygiène ..) (33% des AP)

Par ailleurs, des difficultés en rapport avec la maladie sont rapportées par 22 soignants (69%) : essentiellement la confrontation avec des pathologies moins bien connues : pathologies tropicales, pathologies plutôt retrouvées dans la population des adultes, pathologies post traumatiques, la difficulté de savoir jusqu'où aller dans les bilans de dépistages, la difficulté à élaborer un plan de soin en externe (traitement, RDV extérieurs, programmation d'autres examens) devant l'incertitude sur l'avenir à court terme.

Des difficultés en rapport avec les soignants et le système de soins à l'hôpital sont mentionnés par tous les soignants : manque de temps disponible pour une bonne prise en charge (94% des soignants), manque de connaissances sur le statut du patient et sur ses droits (90%).

- Propositions des soignants:

Une meilleure connaissance du parcours, du statut, des droits des patients

La mise en place d'un circuit de soins dédié, plutôt en amont des urgences, avec une traçabilité des soins

L'amélioration de la communication avec une traduction plus systématique, une aide de personnes accompagnantes « ressources »

L'identification des référents avec leurs coordonnées dès l'arrivée.

Discussion :

1/ Données générales :

Le service de médecine pour adolescents de l'hôpital de Pontoise dans le Val d'Oise accueille environ 500 jeunes âgés de 12 à 18 ans par an, toutes pathologies confondues. L'admission dans le service se fait essentiellement après le passage aux urgences.

En 2016, l'accueil des mineurs non accompagnés était rare. Depuis 2017 le nombre de jeunes accueillis est en augmentation croissante, et depuis le début de l'année 2018, environ une fois par semaine est pris en charge dans le service un patient mineur non accompagné.

Ces données correspondent aux données décrites dans la littérature : En France en 2016, 8054 personnes ont été déclarées mineur non accompagné, et 14908 personnes en 2017, soit + 85% d'augmentation.

Les critères démographiques retrouvés dans cette étude sont sensiblement les mêmes que les données nationales : on retrouve une très grande majorité de garçons (98,5% dans le rapport d'activité 2017¹), les filles étant probablement nettement moins nombreuses à partir, mais le chiffre fait cependant craindre une sous-estimation des jeunes filles prises dans des réseaux d'exploitation et victimes de traite des êtres humains (TEH) empêchant une prise en charge par les services de protection de l'enfance ¹.

La plupart des mineurs non accompagnés sont âgés de plus de 15 ans, 16 ans en moyenne ^{1, 2}. Les mineurs suivent des parcours migratoires similaires à ceux des adultes. Les nationalités les plus représentées représentent les tendances générales des flux migratoires vers la France². L'origine géographique des jeunes dans l'étude est très proche des données du rapport d'activité 2017 de la mission MNA avec, en 2017, une majorité de mineurs non accompagnés venus de Guinée, de Côte d'Ivoire et du Mali ¹.

Les causes du départ n'ont pas été recherchées dans l'étude. On retrouve dans la littérature la notion de 7 profils de mineurs non accompagnés⁷ : exilés (qui fuient la guerre ou les persécutions), mandatés (qui ont pour mission d'aller en Europe pour travailler ou étudier et faire vivre la famille restée au pays), exploités (traite des êtres humains : prostitution, travail clandestin..), fugueurs (qui migrent suite à des conflits avec leur famille ou l'institution), errants (dont le mode de vie d'inscrit dans une mobilité), rejoignants, aspirants (quête plus personnelle). En réalité les raisons de la migration sont multiples et peuvent s'entrecroiser ³, toujours vers la recherche d'une vie meilleure².

2/ Prise en charge sociale :

Un mineur non accompagné est un jeune de moins de 18 ans qui n'a pas la nationalité française et qui 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 et un besoin de protection.

Il n'existe pas de statut juridique propre aux mineurs non accompagnés. 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 dispositif français de protection de l'enfance, qui ne pose aucune condition de nationalité.

Le statut d'enfant devrait prévaloir, conformément aux engagements de la France, au titre de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant ratifiée par la France en 1990.⁸

La loi du 5 mars 2007 N° 2007-293 réformant la protection de l'enfance a clarifié le cadre de la prise en charge des mineurs isolés étrangers en France, qui relèvent bien de la compétence de l'Aide Sociale à l'Enfance, donc des conseils départementaux².

La circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers institue un dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des Mineurs isolés étrangers (MIE) issu de l'accord entre l'Association des départements de France et l'État et instaure un parcours de prise en charge harmonisé à l'échelle nationale portant sur 3 volets :

- Une harmonisation de la phase d'évaluation de tous les jeunes sollicitant une prise en charge à l'Aide sociale à l'enfance
- Une répartition nationale des mineurs admis à l'Aide sociale à l'enfance
- Un financement de l'État portant sur les 5 premiers jours

Cette circulaire a été partiellement invalidée par le Conseil d'État en janvier 2015 mais a posé les bases du dispositif actuel.

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant intègre trois articles relatifs à la prise en charge des MNA (en remplacement du terme de MIE : mineur isolé étranger) :

- L'article 43 inscrit les examens radiologiques osseux dans la loi pour la première fois, dans une volonté d'encadrer et de limiter leur utilisation (dont consentement de l'intéressé). L'évaluation porte plus sur le volet social. Il est par ailleurs interdit de procéder à un examen du développement pubertaire des caractères sexuels.
- L'article 48 pose les bases légales de la répartition nationale des mineurs isolés étrangers dans l'ensemble des départements.
- L'article 49 autorise le Juge des enfants à saisir directement la Cellule nationale de répartition pour la réorientation d'un mineur.

Procédure de recours : si le jeune est reconnu majeur à l'issue de l'évaluation, il peut saisir directement le juge des enfants afin qu'une mesure d'assistance éducative soit ordonnée.

Le jeune peut également faire une demande d'asile, dès son arrivée sur le territoire (démarche peu fréquente en France)².

Une fois la minorité reconnue, les jeunes sont pris en charge dans les structures de l'ASE et bénéficient théoriquement d'une prise en charge socio-éducative, de la santé, d'un accompagnement à la majorité. En pratique, la saturation des dispositifs actuels entraîne de grandes différences d'accompagnement sur le territoire. Sur le plan juridique, n'ayant pas de représentant légal sur le territoire, une tutelle doit être nommée pour les mineurs non accompagnés (par le juge des tutelles). Les délais de procédure étant longs (et les procédures rarement débütées), le plus souvent, la tutelle est déférée à l'ASE (pour l'autorisation de soins par exemple)^{1,2}.

L'augmentation des demandes d'évaluation et de mise à l'abri génère des phénomènes de saturation des dispositifs départementaux⁵ et des conflits récurrents entre les départements et

l'état ⁸ et entre les départements¹. Le délai des 5 jours d'évaluation pris en charge par l'état est le plus souvent très largement dépassé.

Certains départements ne permettent pas une mise à l'abri systématique dès la période d'évaluation, ou offrent une mise à l'abri relative, parfois dans des hôtels insalubres ⁶. Par ailleurs, les structures d'accueil des services d'aide sociale à l'enfance étant saturés et souvent mal adaptés aux mineurs non accompagnés, l'hébergement transitoire peut être prolongé même après la reconnaissance de la minorité.

En 2017, dans le Val d'Oise, 608 jeunes ont été reconnus mineurs non accompagnés par le dispositif MNA ou par voie judiciaire et 341 mineurs non accompagnés ont été pris en charge par le département. Le dispositif d'accueil du département déclare ne plus pratiquer d'examens radiologiques pour évaluer l'âge. Les jeunes sont systématiquement mis à l'abri dès la période d'évaluation, mais en raison de la saturation des lieux d'accueil de l'ASE, il s'agit essentiellement d'hébergement dans les hôtels (ce qui était le cas de la plupart de nos patients). Une seule structure dédiée se trouve dans le département à Taverny (Lieu d'Accueil et d'Orientation) qui rend en charge les mineurs non accompagnés considérés particulièrement vulnérables.

Perspectives nationales :

Devant les difficultés croissantes rencontrées, des expériences d'accueil spécifiques des mineurs non accompagnés voient le jour⁵ mais concernent encore peu de jeunes.

Par ailleurs, le rapport parlementaire Doineau-Godefroy en juin 2017 met en avant le besoin d'un engagement plus important de l'état dans l'évaluation de la minorité et de l'isolement et la mise à l'abri des personnes se déclarant MNA jusqu'à ce que leur minorité soit confirmée (ce qui a été annoncé par l'état en octobre 2017 ¹ avec une augmentation du budget prévue en 2018).

Ce rapport souligne également la nécessité d'une meilleure harmonisation des pratiques d'évaluation, de mise à l'abri et de prise en charge des MNA sur le territoire et la nécessité d'assurer une prise en charge de qualité à ces MNA, dont la singularité du parcours entraîne des fragilités importantes ¹.

3/ Prise en charge de la santé chez les mineurs non accompagnés :

Les mineurs non accompagnés confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sont bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMA, ex-CMU). Le département organise dès le début de prise en charge un premier bilan de santé. Le suivi de santé est ensuite à la charge des structures d'accueil en lien avec les services hospitaliers de pédiatrie et les médecins généralistes⁵. Des inégalités de prise en charge existent, et dans l'ensemble, la prise en charge psychiatrique des jeunes ayant vécu un parcours traumatique demeure insuffisante⁵.

Dans le Val d'Oise, la prise en charge médicale des mineurs non accompagnés débute effectivement de façon systématique lors de la prise en charge dans les structures de l'Aide Sociale à l'Enfance, mais le délai entre l'OPP ASE et le début effectif de cette prise en charge dans les structures dédiées peut parfois durer plusieurs mois au cours desquels les jeunes restent hébergés à l'hôtel.

Dans notre étude, ces jeunes pris en charge par l'ASE étaient très minoritaires, ce qui témoigne très probablement d'une prise en charge en amont des besoins de santé, et il n'a effectivement été mentionné aucune difficulté pour l'accès au traitement ni pour le suivi médical après l'hospitalisation.

C'est le statut des mineurs non accompagnés qui ne sont pas encore pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance qui soulève le plus d'inquiétude sur l'égalité de l'accès aux soins. La plupart d'entre eux sont les jeunes en cours d'évaluation de leur statut de mineur par le dispositif départemental des Mineurs Non Accompagnés (dans le Val d'Oise comme pour d'autres départements ce délai peut être de plusieurs mois, 3 en moyenne), les autres étant les jeunes qui viennent d'arriver sur le territoire et ceux qui ont refusé d'être pris en charge par les services de protections de l'enfance (essentiellement les enfants des rues).

Une prise en charge des besoins de santé dès la période d'évaluation est pourtant nécessaire, d'autant plus que le parcours migratoire a souvent été long et difficile.

Sur le plan juridique, les jeunes mineurs non accompagnés en période d'évaluation n'ont théoriquement pas de tutelle, ce qui peut être une entrave à certains soins pour lesquels le recueil d'une autorisation de soins était nécessaire. Dans notre étude les difficultés administratives ont parfois conduit à un retard de prise en charge (2 cas) ou à une prolongation inutile de l'hospitalisation en raison de l'absence d'autorisation de sortie non accompagné.

Une redéfinition des limites de la responsabilité médicale des professionnels de santé dans les situations d'urgence avec les jeunes dont la minorité n'est pas établie devrait être discutée. ⁴

Sur le plan du financement des dépenses de soins, la prise en charge des mineurs non accompagnés par l'assurance maladie est théoriquement conditionnée par leur admission à l'aide sociale à l'enfance ⁴. Les jeunes en cours d'évaluation seraient donc éligibles à l'aide médicale d'état (sans nécessité d'avoir résidé 3 mois sur le territoire ²) or celle-ci concerne théoriquement des personnes en situation irrégulière, ce qui va à l'encontre de la « présomption de minorité ». Ce sont ces jeunes qui peuvent bénéficier de consultation en PASS (permanence d'accès aux soins de santé) mais les PASS accueillant les mineurs sont encore assez rares (à Pontoise, la PASS ouverte en 2000 reçoit les adultes à partir de l'âge de 18 ans).

En pratique, les jeunes accueillis dans le service d'hospitalisation de Pontoise étaient pour la plupart en cours d'évaluation et n'avaient pas d'ouverture de droit à l'arrivée, mais celle-ci a pu être réalisée rapidement après l'admission (par le dispositif MNA) et l'ouverture des droits n'a pas constitué d'entrave aux soins (ouverture des droits à l'assurance maladie).

Sur le plan du bilan de santé, les mineurs en cours d'évaluation bénéficient rarement d'une consultation médicale ⁶. Les partenaires associatifs des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des MNA peuvent dans certains cas mettre à disposition des jeunes un dépistage infirmier. C'est le cas dans le secteur de Pontoise où le département a un partenariat avec la Croix Rouge pour la prise en charge des mineurs non accompagnés en période d'évaluation (un infirmier permet d'évaluer certains besoins de santé et peut aider au suivi des traitements après une hospitalisation), mais aucun bilan de santé systématique n'est proposé à l'arrivée dans le dispositif.

On s'aperçoit dans notre étude que, probablement par manque d'anticipation et de connaissances de la réalité de terrain, un bilan de dépistage lors du séjour à l'hôpital n'a pas toujours été proposé à nos patients. Pourtant, lorsque cela a été le cas, ce bilan a permis de dépister un certain nombre de pathologies (dépistage positif dans 58% des cas). Notre étude montre également la durée souvent longue d'évolution des symptômes (délai médian de 45 jours, souvent plusieurs mois) qui auraient nécessité une prise en charge en ambulatoire en amont et aurait certainement permis d'éviter un certain nombre d'hospitalisations.

Des inégalités territoriales très importantes sont constatées, mis de nombreuses initiatives soient le jour pour favoriser l'accès aux soins de cette population qui accumule les facteurs de vulnérabilité⁸ : des PASS pédiatriques ont été créés depuis peu (Marseille, Lyon, Nice..), des consultations spécifiques sont aménagées au sein de certains hôpitaux (Bobigny, Bondy, Robert Debré..), les associations telles que la COMEDE, MDM, MSF mettent en place des structures dédiées pour les mineurs non accompagnés. Le Centre Louis Guilloux à Rennes est à l'interface ville-hôpital et accueille aussi les mineurs non accompagnés⁸. D'autres initiatives telles que la création d'un carnet de santé pour les MNA dans le département de Maine et Loire visent à améliorer la coordination des soins.

Le bilan de dépistage recommandé pour le mineurs non accompagné consiste en⁸ :

- NFS, plaquettes, Sérologie HIV, hépatite B et C
- Sérologies anguillule et schistosome +/- recherche chlamydia si âge > 15 ans
- Radio pulmonaire + quantiféron si âge < 15 ans
- Sérologies vaccinales et mise à jour du calendrier vaccinal
- Dépistage des troubles psychiques

Sur le plan psychique, le dépistage précoce des troubles est encore plus rare. Pourtant, les mineurs sont concernés par les violences, le psycho traumatisme, parfois davantage que les adultes^{5,8}.

Sur le plan dentaire et ophtalmologique, le dépistage et l'accès aux soins est encore très rare.

4/ Relation soignant soignés :

Au sein du service de médecine pour adolescents de Pontoise, où sont pourtant régulièrement accueillis des adolescents avec des situations psychosociales difficiles, la singularité de la relation aux mineurs non accompagnés par rapport aux autres adolescents est ressentie par tous les soignants, quelle que soit leur profession, mêlant empathie, questionnement, méfiance, parfois sentiment d'impuissance.

Cette ambivalence et ce lien particulier avec les jeunes mineurs non accompagnés est retrouvé dans de nombreux écrits. On retrouve la difficulté des acteurs qui prennent en charge les jeunes qui doivent composer avec les représentations véhiculées sur la migration de façon générale, présentes pour les mineurs également, stigmatisés par le « soupçon »³, les allusion à la fraude et à la duplicité, la notion de recherche d'indice pour séparer les « vrais mineurs » des « faux mineurs », la question du « mérite »³. Les difficultés proviennent aussi du lien de confiance parfois difficile à établir d'emblée (comme souligné par 9% des soignants à Pontoise), en rapport avec une langue et une culture différente, mais surtout avec le parcours souvent traumatique vécu pas les jeunes⁹. Pour Julien Bricaud, « l'éventuel mensonge ne

remet pas nécessairement en cause la réalité du danger mais relève « l'art du masque » des jeunes pour répondre à l'insécurité et à l'incertitude quant à leur devenir »¹⁰. Par ailleurs, les jeunes peuvent avoir des difficultés à faire confiance aux adultes qui les prennent en charge du fait de leur histoire, mais aussi du fait de la position d'emblée ambivalente des professionnels qui les prennent en charge, pouvant être les acteurs de leur protection et de leur évaluation en même temps « parler est une prise de risque »¹². Avec le temps, la prise en charge des MNA soulève souvent plus de satisfactions que de critiques^{5,12} et malgré les difficultés, les perspectives d'avenir sont soulignées¹¹.

5/ Limites du mémoire :

Ce mémoire est limité par le faible effectif de patients pris en charge puisqu'il ne concerne qu'un seul service et ne prend pas non plus en compte les jeunes mineurs non accompagnés pris en charge aux urgences et ressortis directement (absence d'identification possible pour une étude rétrospective), ni ceux hospitalisés en chirurgie pédiatrique.

Il est également limité par la difficulté à rendre compte de toutes les initiatives qui sont mises en place, y compris au sein même du département du Val d'Oise, par défaut de centralisation des données et d'harmonisation des pratiques. Ces difficultés de communication ressenties par les intervenants reflètent très probablement l'inégalité des jeunes face à l'accès à l'information et aux aides dont ils pourraient bénéficier.

5/ Perspectives à Pontoise :

L'inscription au DIU « Santé des Migrants » ainsi que la rédaction du mémoire ont été à plusieurs reprises l'occasion d'une discussion multidisciplinaire au sein de l'équipe de pédiatrie à Pontoise, et l'occasion de rencontrer dans la perspective d'un travail commun les professionnels qui travaillent avec les jeunes et en particulier l'équipe du dispositif « Mineurs Non Accompagnés » du Val d'Oise et l'équipe de la PASS adulte et du CDDS de Cergy.

Mieux se connaître a permis dès à présent de diminuer certaines difficultés administratives rencontrées par les soignants (autorisation de soins plus facilement disponible, référent plus facilement identifié en cas de nécessité de suivi, autorisation de sortie seul pour diminuer les prolongations d'hospitalisation, alerte des services sociaux pour renforcer certaines mises à l'abri en cas de vulnérabilité particulière ressentie par les soignants).

Projets à court ou moyen terme :

- Améliorer les connaissances des soignants (droits des patients, parcours..)
- Homogénéiser les pratiques (protocoles) en particulier pour le dépistage
- Rendre plus systématique le dépistage des difficultés psychiques
- Mettre en place un passeport santé
- Créer une PASS pédiatrique ou une consultation spécifique dédiée pour une prise en charge en amont des urgences

Conclusion :

L'amélioration de l'accès aux soins des mineurs non accompagnés, en particulier ceux en période d'évaluation, de même que l'harmonisation des pratiques sont nécessaires pour garantir une prise en charge correcte des besoins de santé, une égalité des droits et une relation de soin humainement et professionnellement satisfaisante pour tous.

Bibliographie :

¹ Rapport annuel d'activité 2017. Mission Mineurs non accompagnés. Mars 2018. Ministère de la Justice.

² L'accueil et la prise en charge des mineurs isolés étrangers en France. Durand Serge, direction de la protection des mineurs étrangers isolés, L'essentiel, France Terre d'Asile, septembre 2017.

³ Parcours migratoire des mineurs isolés étrangers, catégorisation et traitement social de leur situation en France. Revue e-migrinter (numéro 2, 2008). Etiemble Angelina.

⁴ Prise en charge sociale des mineurs non accompagnés. Doineau Elisabeth, Godefroy Jean-Pierre, sénateurs, rapport d'information du 28 juin 2017

⁵ Les modes d'accueil adaptés aux mineurs non accompagnés. La lettre de l'Odas (observatoire national de l'action sociale), février 2018.

⁶ Avis du défenseur des droits, Jacques Toubon, 2 février 2017. Commission des affaires sociales du sénat sur la prise en charge sociale des mineurs isolés.

⁷ Des typologies pour faire connaissance avec les mineurs isolés étrangers et mieux les accompagner. Angelina Etiemble et Omar Zanna. Topik/mission de recherche droit et justice, juin 2013.

⁸ Maux d'exil n°48, La Lettre du COMEDE, novembre 2015.

⁹ « Revenu des ténèbres » Kouamé, XO éditions, 22/03/2018

¹⁰ Mineurs isolés étrangers : l'épreuve du soupçon. Julien Bricaud, Paris, Ed. Vuibert, 2006

¹¹ « Que sont-ils devenus » Laurie Goret, France Terre d'Asile, 14/02/2018.

¹² Enquêter auprès des enfants en « terrain difficile ». Mieux comprendre pour mieux agir. ONED, février 2016